Rok L. Kraków, dnia 28. stycznia 1911. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie. (Dyr. R. dw. Prof. Wicherkiewicz).

Ospica krowiankowa narządu wzrokowego.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch,

asystent kliniki.

Rzadko tylko przydarzają się powikłania podczas przebiegu ochronnego szczepienia krowianką. Najczęściej spostrzegano schorzenia takie, jak pokrzywkę, liszajec, wyprysk, czasem, lecz znacznie rzadziej, pęcherzycę, zapalenie ust pryszczykowe, dymienicę, mnogie czyraki, różę. Nadto opisano kilkadziesiąt przypadków powikłań ze strony narządu wzrokowego.

Z pomiędzy 50 takich przypadków ogłoszono tylko 10, polegających na samozakażeniu. Najczęściej ulegają zakażeniu osoby, zajmujące się pielęgnowaniem szczepionych dzieci, a więc przeważnie osoby starsze.

Sposób, w jaki zakażenie następuje, bywa bardzo różny: najczęstszym przenośnikiem są palce, które jad przenoszą do oka pośrednio lub bezpośrednio, czasem jad ten może się do oka dostać z opatrunków, na których znajduje się zaschnięta ropa; zdarza się, że lekarzowi podczas szczepienia nieco krowianki pryśnie do oka [1]). Opisano również przypadki. w których kąpiel w tej samej wodzie, w której poprzednio dziecko szczepione się kąpało, stała się przenośnikiem jadu. (Stengel, Eichhof).

Pierwszym, który przypadek ospicy krowiankowej powiek opisał, był Hirschberg w r. 1879. W przypadku tym wystąpiły owrzodzenia na powiekach, które posuwały się na spojówkę. W końcu wystąpiły nacieki przy rąbku rogówkowym. Mimo to po 10 dniach chory zupełnie się wyleczył. Gorzej, bo zniszczeniem całej gałki zakończył się przypadek, spostrzegany w kilka lat później (1882) przez Calhouna. Dalsze przypadki, opisane przez Schapringera, Hirschberga, Schirmera, Lebera, Schweigera, Thompsona, Hendla, przebiegały podobnie. Purtscher spostrzegał kilka owrzodzeń, umiejscowionych w załamku. Sprawa przebiegała z silnym obrzękiem spojówki, a na rąbku rogówkowym wytworzył się wrzód półksiężycowaty. Również na spojówce widzieli ospicę krowiankową Segal, Forster, Pihl, Laqueur. Aron opisał przypadek ospicy krowiankowej u 25-letniej kobiety, której dziecko było niedawno szczepione. Na brzegu powiekowym pokazało się owrzodzenie, które później rozszerzyło się i na spojówkę, a także i na rogówce wywołało powierzchowny ubytek. W r. 1908 spostrzegał Tertsch dwa przypadki, z których pierwszy zakończył się pozostawieniem drobnej plamki na rogówce, drugi zaś znacznem skróceniem powiek, częściowo pozbawionych rzęs, spowodowanem martwicą skóry powiekowej. Zdaje się, że w tym przypadku istniało zakażenie mieszane (Wicherkiewicz).

Jeszcze w marcu z. r. ogłosił Bednarski przypadek ospicy krowiankowej u 4-letniego chłopca, szczepionego dwa dni przed powstaniem cierpienia oka. Przypadek ten jest przez to rzadki, że ospica krowiankowa wystąpiła u osobnika szczepionego, gdzie więc chodziło o samozakażenie. Owrzodzenia zajmowały obie powieki i małżowinę uszną. Po kilku dniach, w najbliższem sąsiedztwie owrzodzeń powstały jeszcze świeże pęcherzyki, które szybko uległy owrzodzeniu. Lekkie podwyższenie ciepłoty. Piątego dnia od powstania owrzodzeń zauważono znaczną poprawę, owrzodzenia jednak utrzymywały się jeszcze przez kilka tygodni. Pozostało wypadnięcie rzęs, przynajmniej przez czas dwumiesięcznej obserwacyi, wrzody jednak nie pozostawiły żadnych blizn ani zniekształtnienia powiek. Owrzodzenia w przypadku Bednarskiego miały również charakterystyczne znamię dla ospicy krowiankowej, t. j. brzegi ostro odgraniczone, nierówne, mapowate. Siedem przypadków ospicy krowiankowej narządu wzrokowego ogłosił r. dw. Prof. Wicherkiewicz w maju 1910. Przypadki te spostrzegał częściowo w praktyce prywatnej, częściowo w klinice. Od ogłoszenia tej pracy zdarzyły się w klinice krakowskiej nowe przypadki, które z polecenia r. dw. Prof. Wicherkiewicza poniżej ogłaszam, a korzystając z jego pozwolenia przytaczam i poprzednie przypadki obszerniej, a to dlatego, iż zawierają wiele szczegółów ciekawych nietylko dla okulistów, ale i dla innych lekarzy praktykujących.

1. 4. czerwca 1907 zgłasza się p. H. N., ponieważ oczy od kilku dni są zapalone. Zrazu nie podaje chora nic o przyczynie cierpienia. Gruczoły przyuszne lewe obrzękłe, mierny obrzęk powiek; cała spojówka silnie zaczerwieniona, miernie obrzmiała. Przy brzegu rogówki małe wynaczynienie.— Oko oczyszczono starannie, opłukano wodą borową i założono spirytusową opaskę ochronną; nadto przepisano 10% maść jothionową, do wcierania w okolicę gruczołu przyusznego.

W dwa dni później przybywa chora znowu, lecz obraz chorobowy był tym razem daleko wyraźniejszy. Obrzęk powiek powiększył się znacznie, przyłączyło się obrzmienie spojówki (chemosis); w zewnętrznym kąciku widać typowe

[1]) Crichett, Boechler, Jamson, Story.

owrzodzenie ospówkowe, na powiekach szary naciek, szeroki, dwa owrzodzenia w nosowej części, a trzecie w skroniowej części górnej powieki. Zapytana, teraz dopiero opowiada chora, że jej dzieci niedawno temu szczepiono, że owrzodzenia po szczepieniu na ramionach dzieci silnie ropieją i że chora sama zajmuje się oczyszczaniem zabrukanej bielizny dzieci. Chora skarżyła się na ból głowy i miała podwyższoną ciepłotę (38·5 C.). Celem badania bakteryologicznego przeszczepiono wydzielinę owrzodzeń na pożywki. Całą spojówkę dokładnie kollargolem obmyto, a do worka dano maść rtęciową żółtą i założono opaskę.

8. VI. jeszcze się utrzymuje obrzęk powiek, a także i naciek nie zmniejsza się.

Badanie bakteryologiczne wykazało prątki błonicy. Prócz zatem powyższego miejscowego leczenia wstrzyknięto podskórnie surowicę przeciwbłoniczą. Nazajutrz była mała tylko zmiana w obrazie chorobowym, wyraźna natomiast już 10. VI. Od tego czasu objawy na powiekach i spojówce z dnia na dzień wybitnie ustępowały; wytworzył się wprawdzie naciek rogówkowy, który w następstwie wywołał owrzodzenie, lecz zagoiło się ono pod wpływem galwanokaustyki i atropiny w krótkim czasie. Jednakże dopiero 26. VI. można było stwierdzić zupełne zagojenie z pozostawieniem plamki rogówkowej. Surowicę wstrzyknięto 6 razy. Należy jeszcze wspomnieć, że nacieki powiek już po kilku dniach ustąpiły, utrzymywały się tylko ubytki, powstałe wskutek zniszczenia tkanki powieki i spojówki.

2. Chaja S., 13 mies., przybyła 5 czerwca 1907 z matką. Przed jedenastu dniami szczepiona na lewem ramieniu. Od pięciu dni obrzmiało prawe oko i dość znacznie ropieje.

Rozpoznanie: Pustula ad canth. int. palp. sup. e vaccinatione.

Rozpad owrzodzenia posunął się i na brzeg powiekowy. Już 8. VI. nastąpiła znaczna poprawa pod wpływem zwykle stosowanego leczenia. O dalszym przebiegu nic nie zapisano. Najprawdopodobniej zatem sprawa chorobowa zagoiła się.

Następny rok był wolny od podobnych przypadków, natomiast był rok 1909 w nie dość obfity.

3. Emilia S., lat 16, zgłasza się 16. czerwca 1909 i podaje, że przed kilku dniami zauważyła na dolnym lewym brzegu powiekowym pęcherzyk. Od tego czasu oko coraz bardziej puchło, aż doszło do obecnego stanu.

Gruczoły przyuszne i podszczękowe silnie obrzmiałe, bolesne. Brzegi powiekowe pokryte wydzieliną ropną, przy zewnętrznym kąciku znajduje się naciekłe zagłębienie pęcherzykowate. Spojówka silnie przekrwiona, obrzmiała. Drugi pęcherzyk na brzegu górnej powieki, trzeci na skórze tej samej powieki. Dwa pierwsze zlewają się, tworząc naciekłe owrzodzenie. Brzegi tego owrzodzenia są twarde, mapowate, nierówne, powieki ledwie dają się rozchylić. Rogówka nienaruszona.

Badanie bakteryologiczne: Staphylococcus aureus. Dalsze wywiady donoszą, że w rodzinie, u której chora służy, szczepiono dziecko i że po szczepieniu wystąpił wyrzut strupiasty na ramieniu i na twarzy dziecka.

Leczenie: Obmycie kollargolem, maść elektralgolowa, opaska spirytusowa Salzwedlowska. Gdy jednakże nazajutrz ciepłota podniosła się do 38°, tętno do 120, a obraz oka się nie zmienił, wstrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą. Po 10 dniach wyleczenie. Pozostaje tylko jeszcze lekkie obrzmienie i zaczerwienienie powieki w miejscach owrzodzeń.

Bystrość wzroku 6. VI. Czyta Sn. 0,5. Z polecenia r. dw. Prof. Wicherkiewicza udałem się do domu chorej i zbadałem bakteryologicznie wydzielinę sączących owrzodzeń na skórze ramienia i twarzy. Wynik badania równał się wynikowi badania owrzodzeń na powiekach chorej, t. j. gronkowiec złoty bardzo obficie.

4. Helena Z., 22 lat. Zgłasza się 1. VII. 1909, ponieważ ją od 8 dni oczy swędzą. Lekarz stosował azotan srebra, lecz bez skutku. Objawy takiesame, jak w poprzednim przypadku. Spojówka gałki prawej obrzmiała (chemosis), gruczoły przyuszne obrzękłe. W domu szczepiono 6-letnie dziecko; ramię jego opuchłe silnie ropieje.

Badanie bakteryologiczne: Staphylococcus albus et streptococcus.

Leczenie, jak w przypadku poprzednim, lecz bez surowicy, w celu przekonania się o skuteczności leczenia miejscowego.

Chorą wypuszczono z kliniki wyleczoną 8. VII., a zatem po 8 dniach. Na powiekach w miejscu owrzodzeń gładkie plamki różowe. Bystrość wzroku chorego oka: 6. VI. Sn. 0,5: 12—46.

5. Stefania D. 13 lat. Zgłasza się 9. VII, 1909 Rzekomo ukąsiła ją mucha, czy komar w oko. W 3 dni potem oko obrzmiało. Lekarz polecił jej okłady z wody ołowianej.

Przy dokładnych wywiadach opowiada chora, że jako niańka opiekuje się 5-miesięcznem dzieckiem, które przed kilku tygodniami szczepiono, a którego ramię jeszcze silnie ropieje.

Obie powieki prawego oka silnie obrzękłe, na brzegach kilka ropnych pęcherzyków, które się częściowo rozpadają; rozpad posuwa się na spojówkę, rogówka czysta.

Leczenie, przeprowadzone taksamo, jak w poprzednim przypadku, doprowadziło w krótkim czasie do wyleczenia przy zachowaniu pełnej bystrości wzroku.

Badanie bakteryologiczne: gronkowiec złoty.

6. Antoni C., 10 lat, z Bogumina, przybywa 3. VIII. 1909 z powodu zapalenia oka prawego: na rogówce dwa owrzodzenia, jedno nad drugiem, połączone z sobą małym mostkiem. W przedniej komorze ropa (hypopyon) 3—4 mm, powieki obrzękłe, a w zewnętrznym kącie na brzegu obu powiek okrągławe ubytki. Na lewem oku okrągławy strup na środku powieki. Po usunięciu pozostaje różowy ubytek.

Pytany, odpowiada chory, że 10. VII. szczepiono go na prawem ramieniu i że już 15. VII. wytworzyły się owrzodzenia na obu powiekach. Na rogówce już wtedy był naciekły ubytek, do którego ze wszech stron zdążały powierzchowne i głębokie naczynia.

Gdy się chory w listopadzie znowu zgłosił, widać było miernej wielkości bielmo w środku rogówki, zrośnięte z tęczówką, skutkiem czego wykonano irydektomię z pomyślnym skutkiem.

7. P. Marya, 4 lata. Szczepiona 5. VI.; w 12 dni po szczepieniu oko zapuchło. Dziecko często tarło sobie powieki. Silna wydzielina ropna, znaczny obrzęk powiek obu ócz. Na prawej górnej powiece znamienny rozpadający się już ropny pęcherzyk.

Oczy dokładnie oczyszczono, opłukano sofolem i założono maść elektralgolową. Ponieważ matka spieszyła do domu, zawinięto ramię i przepisano powyższe leczenie.

8. Stanisława W. l. 14, zgłosiła się do ambulatoryum klinicznego 17. VI. 1910, i podała, że przed dwoma dniami utworzyła się na górnej powiece oka lewego biała krosteczka i powieki zapuchły. Po jednodniowem trwaniu krosteczka pękła, ale obrzęk się powiększył. Bólu większego od samego początku cierpienia nie miała. Główną dolegliwością był obrzęk powiek i skutkiem tego niemożność otwierania powiek. Siostra młodsza chorej była przed 2 tygodniami szczepiona. Chora brała ją na rękę; dziecko miało ją rączką dotknąć w okolicę oka.

Powieki oka lewego silnie obrzękłe, równomiernie zaczerwienione. W kącie zewnętrznym nieco zeschłej żółtej wydzieliny. Na powiece dolnej bliżej kąta wewnętrznego widać drobny biały naciek z punkcikiem w środku, jakby od przekłucia. Ze szpary powiekowej wydobywa się płyn ropiasty, ciągnący się. Przy rozchyleniu szpary powiekowej (bardzo trudnem) widać na brzegu powieki dolnej przy kącie wewnętrznym 2 owrzodzenia płaskie, pośrodku zagłębione, o brzegach mapowatych; na powiece górnej odpowiada im jeden duży ubytek, w którym od strony zewnętrznej pozostało jeszcze kilka rzęs. Oprócz tego na górnej

powiece bliżej ku kątowi zewnętrznemu znajduje się takie samo owrzodzenie, z którego sterczą rzęsy. Po rozchyleniu powiek rozwórkami widać spojówkę bardzo silnie przekrwioną. Spojówka gałki również silnie zaczerwieniona, gładka. Rogówka bez zmian.

Leczenie: opłukanie sofolem, maść elektralgolowa, opaska spirytusowa. Przez 4 dni obrzęk powiek i naciek owrzodzeń utrzymuje się prawie bez zmian, a z pomiędzy powiek wydobywa się pomimo częstego płukania gęsta wydzielina ropiasta. Leczenie: jodoform w proszku na powieki. W tydzień po tem leczeniu obrzęk powiek znacznie się zmniejszył, owrzodzenia oczyszczają się. Na powierzchni rogówki ukazują się jednak drobne szare nierówności, do których zdążają powierzchowne naczynia. Prócz powyższego leczenia stosowano oczywiście teraz także atropinę.

Znowu w tydzień potem, a więc około 17 dni od początku cierpienia, owrzodzenia powiek były zabliźnione, powieki tylko lekko zaczerwienione, a rogówka znowu gładka, czysta, tak że chorą można było wypuścić z pod opieki.

Badanie bakteryologiczne owrzodzeń powiek: Staphylococcus albus et aureus.

9. Anna K., 21-letnia wieśniaczka, zgłosiła się do ambulatoryum klinicznego 4. VII. Podaje, że w połowie czerwca dziecko jej było szczepione. W tydzień mniej więcej potem wytworzył się na dolnej powiece oka lewego u matki pęcherzyk, a powieki nadzwyczaj silnie zapuchły, jednakże oko bardzo silnie boli.

Przy badaniu widać w środku na brzegu dolnej powieki ubytek o dnie czystem, 4 mm. średnicy, środek lekko wyniosły. Powieki jeszcze dość silnie obrzękłe. Spojówka przekrwiona, rogówka o powierzchni nieco nierównej, źrenica regularna. Leczenie: opłukanie sofolem, do oka maść atropinowa, na powieki jodoform i opaska.

Po dwóch tygodniach sprawa prawie zupełnie ustąpiła. Przepisano do domu maść kseroformową.

Badanie bakteryologiczne owrzodzeń powiekowych: B. pseudodiphtheriae et staphylococcus aureus.

Zestawiając nasze przypadki, widzimy, iż 6 z nich wydarzyło się u kobiet, 3 u dzieci, ani jeden u mężczyzny Wypływa to z natury rzeczy, gdyż były to albo matki, albo piastunki, zajmujące się pielęgnowaniem małych chorych. Trzy przypadki, odnoszące się do dzieci, należą do tych niewielu (dotąd ogłoszono dziewięć), które powstały na drodze samozakażenia. We wszystkich 9 przez nas ogłoszonych przypadkach sprawa chorobowa zajmowała tylko jedno oko, 3 razy była prócz powiek zajęta również spojówka i rogówka. Zmiany rogówki należały do spraw powierzchownych (keratitis superficialis vasculosa), ani razu nie spostrzegliśmy głębokich zmian rogówki (keratitis profunda postvaccinolosa — Skirmer). Okres wylęgania trwał średnio 3—4 dni. Chorzy podają jako początek cierpienia prawie z reguły czas między 10, a 15 dniem po szczepieniu dziecka. Zakażenie następuje przeto zwykle wkrótce potem, kiedy owrzodzenia poszczepienne przekroczyły punkt kulminacyjny.

Co się tyczy siedziby i przebiegu ospicy krowiankowej, to spotykamy ją najczęściej na powiekach, rzadziej na spojówce, jeszcze rzadziej na rogówce. Na powiekach sadowią się owrzodzenia z ospicy prawie z reguły na brzegu urzęsionym, często w kątach, najprawdopodobniej dlatego, że nabłonek w tem miejscu pod wpływem łez ulega maceracyi, jest delikatny, wilgotny i dlatego stanowi lepsze podłoże dla mikrobów. Na skórze powiekowej występują pęcheryki, niczem nie różniące się od pęcherzyków ospówkowych. Inaczej natomiast przy zajęciu brzegu powiekowego. Tutaj mogą wykwity ospówkowe przybierać tak odmienną postać, że rozpoznanie napotyka na poważne trudności. Najczęściej zgłaszają się chorzy, podając, że w przeciągu kilku dni oko zapuchło wśród wzmagającego się bólu, a powieki silnie się zaczerwieniły. W kilka dni po rozpoczęciu się zapalenia zauważają chorzy na brzegu powiekowym obrzękłym i zaczerwienionym małą wyniosłość z przeświecającym szczytem, która wzrastała najczęściej do wielkości małego grochu. Wyniosłość ta ma odcień szarożółtawy, a w samym środku zazwyczaj drobne zagłębienie (della). Dalszy przebieg znany jest z opisów Groenouwa, Michla i Schizmera. Wśród wzmagających się objawów zapalenia, wyniosłość rośnie, przemienia się w ropny pęcherzyk, który jednakże nie pokrywa się suchym strupem (jak gdzieindziej na skórze), ale pęka, tworząc płytkie owrzodzenie, o brzegach nierównych, mapowatych, a dnie nacieklem. To odmienne zachowanie się wykwitów ospówkowych na brzegu powiekowym, należy znowu przypisać tej okoliczności, że miejsca te ulegają ciągłemu zwilżaniu przez wydzielinę spojówki podrażnionego oka, co przeszkadza zaschnięciu. Brzegi owrzodzenia są silnie nacieklé, twarde, naciek tylko z trudem daje się usunąć zapomocą szczypczyków w postaci większych płatków, poczem widać dno lekko krwawiące, ziarniste. Często wydzielina jest tak obfitą, że na pierwszy rzut oka cierpienie sprawia wrażenie ropotoku spojówkowego na tle wiewiórowem. Czasem znajdujemy nawet grube krupowe naloty. Często jeśli na jednej powiece ukaże się owrzodzenie, wkrótce powstaje na odpowiedniem miejscu drugiej powieki tego samego oka podobne owrzodzenie. Należy przyjąć, że zakażenie to powstaje przy zamykaniu powiek (Abklatschvaccinola, Hendel). Czy do tego koniecznie potrzebny jest ubytek w nabłonku, nie jest pewnem. Zdaniem Schapingera jednakże może jad krowiankowy na zdrowym brzegu powiekowym utrzymać się i rozwinąć swoje działanie. Obficie uchodzące w tem miejscu przewody gruczołowe ułatwiają wniknięcie przypadkowo przeniesionego jadu. W następnych dniach owrzodzenie może się rozszerzać, czasem przybiera postać błonicy, wreszcie może po przez brzeg powiekowy posunąć się na spojówkę. Kilka owrzodzeń może zlać się w jedno większe, tak, że prawie cały brzeg powiekowy może zająć rozległy wrzód. Gruczoł przyuszny, a nierzadko także i podszczękowy, jest obrzmiały, bolesny. Chorzy skarżą się na ogólne osłabienie, dreszcz, a ciepłota może dojść do 39°. Po 8—12 dniach objawy chorobowe cofają się. Owrzodzenia oczyszczają się i goją bez pozostawienia blizn. W 2—3 tygodni od początku zapalenia wszelkie objawy chorobowe zwykle już ustąpiły. Wypadnięte rzęsy zwykle odrastają. Opisano tylko trzy przypadki, w których rzęsy wypadły bezpowrotnie (Schapringer, Vossius, Tertsch).

Obok brzegów powiekowych najczęstszą siedzibą owrzodzeń ospówkowych jest spojówka. Zazwyczaj pierwotne owrzodzenia sadowią się na brzegach powiekowych, a spojówka zakaża się dopiero następowo. Pierwotne zakażenie spojówki jadem krowiankowym jest bardzo rzadkie. Według Schirmera na 40 przypadków ospicy krowiankowej narządu wzrokowego tylko 3 razy zajęta była pierwotnie spojówka. W tych przypadkach spojówka bywa jeszcze silniej przekrwioną i obrzękła. (Dok. nast.).

Haemoglobinuria paroxysmalis.

Napisał

Prym. Dr A. Krokiewicz.

(Dokończenie).

Krzepliwość krwi zwiększona (Hayem, Salle). Krew, szybko skrzepła, szybko się napowrót rozpływa na powietrzu. Surowica krwi, otrzymana w czasie napadu i wkrótce po napadzie zapomocą bańki ciętej, zawiera mniej lub więcej rozpuszczonej hemoglobiny, zależnie od nasilenia napadu i czasu, w jakim po napadzie surowicę uzyskano. W przypadku naszym można było stwierdzić przed napadem mierne powiększenie ilości krwinek czerwonych (5.700.000), w czasie zaś napadu i w dwa dni po napadzie ilość krwinek czerwonych była tylko nieco mniejsza, niż w warunkach prawidłowych ($4^1/_2$ miliona). Krwinki czerwone wogóle były bledsze, nie układały się w ruloniki, okazywały w przeważnej części kształt prawidłowy, a miejscami były jakby powyginane. Odporność krwinek czerwonych według doświadczeń, w dalszym ciągu niniejszej pracy przytoczonych, była mniejsza wobec wolnego CO_2, natomiast prawidłowa wobec działania rozczynów kwasu octowego. Ilość krwinek białych przed napadem była wybitnie zwiększona (16400), a w czasie napadu i w dwa dni po napadzie prawidłowa (7000). Barwienie trójbarwikiem kwaśnym (triacidem) Ehrlicha słabe, odczynnikiem Jännera prawidłowe. W preparatach barwionych stosunek leukocytów wzajemny różny; wogóle można było zauważyć zmniejszenie się znaczne limfocytów w czasie napadu (do $9^0/_0$, gdy natomiast przed napadem ilość limfocytów wynosiła $15^0/_0$, a w dwa dni po napadzie $25^0/_0$), zwiększenie się neutrofilów (odwrotnie do limfocytów), jakoteż zniknięcie zupełne eozynofilów przed napadem, a pojawienie się ich w czasie napadu ($2^0/_0$), a zwłaszcza w dwa dni po napadzie ($4^0/_0$). Leukocyty bazofilne utrzymywały się we wszystkich okresach prawie w tym samym stopniu (0·5—$1^0/_0$). Natomiast zawsze było można stwierdzić komórki limfoidalne szpiku kostnego, formy przejściowe i myelocyty neutrofilne, co przemawia za stałem podrażnieniem narządów krwiotwórczych. Na uwagę zasługuje, iż w czasie napadu ilość komórek limfoidalnych szpiku kostnego spadła do $1^0/_0$, a ilość myelocytów neutrofilnych wzrosła do $3^0/_0$, gdy przed napadem i po napadzie ilość komórek limfoidalnych szpiku kostnego wynosiła 3·5 i 2·$5^0/_0$, a myelocytów 0·$5^0/_0$—$0^0/_0$. Podobnie i ilość komórek przejściowych w czasie napadu obniżyła się do 0·$5^0/_0$, gdy przed napadem i po napadzie wynosiła $11^0/_0$ i $8^0/_0$. Pod drobnowidem w preparatach barwionych zauważano zawsze skąpe polichromatofile; normoblasty znajdowały się przed napadem i w czasie napadu; bardzo liczne płytki Bizzozera i liczne rozpadłe komórki białe po napadzie.

Ilość hemoglobiny utrzymywała się w tej samej mierze ($80^0/_0$ Sahli) pomimo różnicy w ilości krwinek czerwonych. Wskaźnik krwi wahał się około 0·7—0·8, a ciężar gat. krwi wynosił 1·058—1·062. Krew skrzepła utoczona w czasie napadu, okazywała ogólne własności prawidłowe, zawierała czystą oksyhemoglobinę bez śladu domieszki jakichkolwiek innych barwików, jak methemoglobiny i t. p. Ilość oksyhemoglobiny, oznaczona metodą spektrokolorymetryczną, wynosiła 124·8 części na 1000 części wagowych krwi (w prawidłowych warunkach 130—$150^0/_{00}$). Surowica krwi przed napadem nie zawierała oksyhemoglobiny i przedstawiała cechy pod każdym względem prawidłowe; zawierała barwik krwi należący do grupy lipochromów, a pośród ciał białkowych stwierdzono w niej zarówno obecność albuminu, jak i globulinu Z chwilą oddania pierwszej ilości moczu krwawego surowica wykazywała bardzo wybitnie oksyhemoglobinę, a na szczycie napadu krew znacznego stopnia hemoglobinemią.

γ) Różne istnieją zapatrywania co do powstawania napadów w przebiegu hemoglobinuryi okresowej. Teorya najdawniejsza, tłómacząca napady wskutek bezpośredniego zadziałania jadu kiłowego lub zimniczego, nie ma dziś znaczenia, skoro nie można stwierdzić wówczas we krwi ani pasorzytów zimniczych, ani krętków kiłowych (spirochaete pallida Schaudin). Pavy, Mackenzie, Rosenbach przyjmują rozpad ciałek czerwonych krwi w naczyniach nerkowych. Lichtheim przypuszcza zmiany we krwi i narządach krwiotwórczych, które przy pewnym bodźcu oddziałują rozpuszczeniem krwinek czerwonych. Popper, Murri uważają okresową hemoglobinuryę za nerwicę naczynioruchową, która ujawnia się po zadziałaniu zimna nieprawidłową pobudliwością nerwów naczynioruchowych, wskutek czego następuje rozszerzenie się naczyń krwionośnych, zwolnienie prądu krwi i silniejsze działanie zimna. Równocześnie istnieją u tych chorych nieprawidłowości w narządach krwiotwórczych, a przez to krwinki czerwone są mniej odporne i rozpadają się. Ehrlich utrzymuje, iż pod wpływem zimna u osób swoiście usposobionych tworzą się fermenty, które uszkadzają diskoplasmę i wywołują jej rozpuszczenie. Według Dappera, Chwostka do powstania hemoglobinuryi okresowej nie potrzeba działania zimna, lecz zwykłe zaburzenie w krążeniu, wywołane przez odsznurowanie palca (bez zadziałania zimna) jest zdolne wywołać hemolizę. Krwinki czerwone nie są mniej odporne na zimno, lecz na bodźce mechaniczne; poszczególne krwinki okazują niejednostajną odporność. Zmiana konstytucyi krwinek czerwonych spowodowana być może przez kiłę, zimnicę, ogólne wyniszczenie, przytem zdolność odnowy w narządach krwiotwórczych nie jest upośledzona. Oprócz tej łatwej rozpuszczalności pewnej ilości krwinek czerwonych przyjmuje Chwostek zmiany w krążeniu, które się wytwarzają przez skurcz obwodowych naczyń krwionośnych wskutek niezwykłej pobudliwości nerwów naczynioruchowych. W przypadkach hemoglobinuryi napadowej po marszach zaburzenia te mają być spowodowane przez zmiany w położeniu trzew. Niekiedy i zmiany w nerkach mogą odgrywać niepoślednią rolę. Wogóle Chwostek łączy dawne zapatrywania w jedną całość. Według Grawitza prawdopodobnie przypadki hemoglobinuryi okresowej, tak ze względu na etyologię, jak i na sposób powstawania hemolizy należy pojmować różnorodnie.

Według najnowszych doświadczeń Donatha i Landsteinera znajdują się w wielu przypadkach hemoglobinuryi okresowej w surowicy krwi hemolizyny (amboceptory), które pochłonięte są przez krwinki czerwone jedynie tylko przy bardzo nizkiej ciepłocie i dopiero następnie przy ciepłocie 37^0 C wobec zadziałania komplementu wywołują hemolizę. Jeśli zawiesinę krwinek czerwonych dokładnie wypłukanych

w rozczynie fizyologicznym Na Cl zmiesza się z surowicą tegoż chorego i pozostawi najpierw przez $^1/_2$ godziny przy ciepłocie 0^0 C, a następnie na 1—3 godzin w termostacie przy 37^0 C, to w krwi chorego na hemoglobinuryę okresową wystąpi hemoliza. Wówczas bowiem przy ciepłocie 37^0 C komplement, zawarty w każdej surowicy, zdoła zadziałać na system amboceptorów = krwinek czerwonych. Hemoliza nie nastąpi, skoro surowica przez ogrzanie stanie się nieczynną wskutek zniszczenia komplementu; natomiast taka surowica, pozbawiona przez ogrzanie komplementu, może stać się skuteczną przez dodanie małej ilości jakiejkolwiek świeżej surowicy (komplement). Przy nizkiej (0^0 C) ciepłocie następuje w surowicy immunizowanej oddzielenie amboceptorów od komplementu. Przy 0^0 C komplement nie działa, podczas gdy amboceptor znajduje się jeszcze w połączeniu z krwinkami czerwonemi. Skoro jednak zazwyczaj optimum ciepłoty i dla skutecznego działania amboceptorów wynosi 37^0 C, to przy hemoglobinuryi napadowej to optimum ciepłoty znajduje się w bardzo nizkiej ciepłocie (0^0 C) i przy coraz to wyższej ciepłocie następuje coraz to większa dyssocyacya w połączeniu obu składników. Donath i Landsteiner utrzymują, iż podczas napadu zawartość amboceptorów w surowicy krwi jest zużyta i dlatego w krótkim czasie po napadzie doświadczenia dają wynik ujemny. Graefe i Müller utrzymują, iż zużycie hemolizyn następuje tylko po bardzo ciężkich napadach.

Erich Mayer i E. Emmerich badali 4 przypadki hemoglobinuryi okresowej. Według nich doświadczenie Donatha-Landsteinera nie zawsze się udaje. Na 40 doświadczeń u jednego chorego 13 razy wynik był dodatni; u drugiego chorego na 13 doświadczeń wynik dodatni 6 razy; u trzeciego chorego we wszystkich 3 doświadczeniach wynik ujemny; u czwartego chorego na 4 tylko dwa razy wynik dodatni. Zaledwie część wyników ujemnych powodował brak komplementu. Według tych autorów komplement zużywa się w napadzie i dlatego brak komplementu po napadzie i kilka następnych dni; hemolizyna jest nietyle przyczyną rozpadu krwinek czerwonych, jak raczej tegoż następstwem, może wynikiem autoimmunizacyi (autohemolizyna). Objawy napadu: nagły spadek ilości limfocytów (Lymphocytensturz), brak eozynofilów, zużycie komplementu i pojawienie się własności opsoninowych we krwi przemawiają za tem, że w napadach hemoglobinuryi okresowej nastaje zmiana w ustroju w taki sposób, jak się to wydarza przy chorobach zakaźnych, przyczem się wytwarzają nowe ciała uodporniające, których antygenami są rozpadające się krwinki czerwone własnego ustroju.

Moro, Noda na podstawie badania krwi u dziecka $4^1/_2$-letniego, dotkniętego hemoglobinuryą okresową, potwierdzają doświadczenia Donatha-Landsteinera z odnośną krwią »in vitro«, przyczem nadmieniają, iż zawsze doświadczenie się udaje, skoro stosunek krwinek czerwonych do surowicy jest 1:8. Hemoliza jest już na 3—4 dzień po napadzie mniejsza, a na 7 dzień po napadzie wypadała przeważnie ujemnie. Wówczas można było stwierdzić nagły ubytek komplementu humoralnego z pełnej wartości na 0^0. Oziębienie było zawsze konieczne. Odmienne wyniki podaje Czernecki. Według niego: 1) u chorych w przebiegu hemoglobinuryi napadowej hemoliza stale nie pojawiała się, a skoro wystąpiła, to zarówno dobrze, gdy surowicę z krwinkami czerwonemi poddano działaniu jednakowej czy zmiennej ciepłoty (wręcz przeciwnie twierdzeniu Donath-Landsteinera). 2) W tych samych warunkach jak przy hemoglobinuryi napadowej występuje hemoliza zarówno i przy innych sprawach chorobowych bez względu na to, czy na surowicę z krwinkami czerwonemi zadziałała zmienna, czy stała jednostajna ciepłota. (Donath i Landsteiner na 195 różnych przypadków chorobowych otrzymywali zawsze ujemny wynik). 3) Odporność krwinek czerwonych w hemoglobinuryi napadowej jest niejednostajna. 4) W sprzeczności z zapatrywaniem Donatha-Landsteinera, a zgodnie z Hayemem twierdzi Czernecki. że w surowicy krwi hemoglobinuryka i w czasie wolnym od napadu jest często wolna oksyhemoglobina.

Hymans, rozpatrując doświadczenia Donatha-Landsteinera, słusznie podnosi trudności przy wytłómaczeniu faktu, jak chory codziennie może doznawać napadów hemoglobinuryi okresowej, skoro tylko ulegnie zadziałaniu silnego zimna, jeśli podczas napadu odnośne ciała swoiste są zużytkowane tak dalece, iż do pewnego czasu nie mogą być we krwi wytworzone. Stwierdzają to wszyscy autorowie, a pomiędzy innymi Grafe i Müller, którzy u jednego chorego codziennie przez miesiąc (grudzień) spostrzegali napady hemoglobinuryi okresowej, a doświadczenie Donath-Landsteinera na 7 razy raz tylko wypadło wybitnie dodatnio, dwa razy zaledwie dodatnio, a cztery razy ujemnie. Również nie zaznacza się równoległość (paralellismus) między nasileniem wyniku dodatniego doświadczenia »in vitro«, a ciężkością przypadku chorobowego. Nie mniej wyłączonem jest, aby ciepłota krwi u hemoglobinuryka obniżyła się tak dalece, jak tego wymaga teorya Donath-Landsteinera. Tożsamo na uwagę zasługuje okoliczność, iż przy doświadczeniach Donath-Landsteinera nietylko z powodu braku komplementu, ale i po dodaniu komplementu hemoliza nie występuje, jak również, iż w największej liczbie przypadków najwyższa ciepłota, przy której amboceptor przez krwinki czerwone jest pochwycony, jest niższą niż stopień zimna, który »in vivo« wywołuje napad hemoglobinuryi. Wreszcie, gdy Donath i Landsteiner uważają hemolizę za przyczynę napadu, to Erich Mayer i Emmerich za następstwo tegoż.

Hymans, badając krew u 3 chorych na hemoglobinuryę okresową, doszedł do przekonania po rozważeniu powyższych okoliczności, iż bardzo ważną rolę odgrywa w tem zjawisku obok swoistych hemolizyn, w czasie napadu obecność CO_2. Przemawia zatem poniekąd i spostrzeżenie Chwostka, iż po podwiązaniu kończyny można niekiedy wywołać napad hemoglobinuryi okresowej. Na podstawie doświadczeń »in vitro« twierdzi Hymans, iż krew u hemoglobinuryków zachowuje się odmiennie, jak u osób prawidłowych, gdyż po jej oziębieniu o kilka stopni poniżej 37^0 C, a zwłaszcza przy ciepłocie pokojowej ulega wyraźnej hemolizie, skoro znajduje się pod działaniem CO_2, jak również, iż tylko surowica hemoglobinuryka posiada własności anormalne hemolityczne, a nie krwinki czerwone. Ogrzanie surowicy na $^1/_2$ godziny do 50^0 C pozbawia ją tej własności; surowica hemoglobinuryka, pozbawiona przez ogrzanie własności hemolitycznej, nie odzyskuje jej, skoro do niej następnie dodamy prawidłowej surowicy ludzkiej. Prawdopodobnie tak komplement, jak i amboceptor, są bardzo wrażliwe na ciepłotę.

CO_2-hemoliza występuje przy równoczesnem zadziałaniu dwóch czynników, t. j. amboceptora i komplementu; do tego konieczne jest małe obniżenie ciepłoty poniżej 35° C. CO_2-hemoliza Hymansa różni się od hemolizy, wywołanej przez doświadczenie Donath-Landsteinera, a mianowicie:

1) Hematolizyna opisana przez Donath-Landsteinera działa tylko przy 37° C po poprzedniem silnem oziębieniu; CO_2 — hemolizyna działa przy małem oziębieniu poniżej 37° C.

2) Dla powstania hemolizy Donath-Landsteinera nie potrzeba CO_2; dla działania hemolizyny Hymansa konieczny jest nadmiar CO_2.

3) Odczyn Donath-Landsteinera nie pojawia się stale w surowicy hemoglobinuryka; często dla uzyskania dodatniego wyniku trzeba dodać obcego komplementu. CO_2-hehemoliza bez wyjątku występuje przy ciepłocie pokojowej zawsze dodatnio, nigdy nie potrzeba dodawać obcego komplementu.

Odczyn Donath-Landsteinera często wtedy tylko jest dodatni, skoro użyjemy surowicy, otrzymanej przy 37° C; surowica, otrzymana przy ciepłocie pokojowej, daje wynik ujemny. Dla wywołania CO_2-hemolizy jest obojętne, przy jakiej ciepłocie surowica z krwi została otrzymaną.

4) W doświadczeniu Donatha-Landsteinera można surowicę nieczynną (przez ogrzanie do 50° C) napowrót reaktywować przez dodanie świeżej ludzkiej surowicy, natomiast surowica nieczynna (przez ogrzanie do 50° C) nie odzyskuje zdolności do CO_2-hemolizy przez dodanie świeżej ludzkiej surowicy.

Jak widzimy CO_2-hemoliza Hymansa »in vitro« pozostaje w warunkach najbardziej zbliżonych do odnośnej sprawy chorobowej »in vivo«, t. j. w ustroju ludzkim.

Wobec powyższych wyników postanowiliśmy w naszym przypadku powtórzyć doświadczenia Donath-Landsteinera i Hymansa.

Doświadczenia Donath-Landsteinera z krwią hemoglobinuryka wykonaliśmy w czasie wolnym od napadu dwukrotnie, przyczem pierwszy raz, t. j. (18. XI.) w 6 dni po napadzie, wynik był zaledwie dodatni (+), w 8 dni zaś po napadzie (20. XI.) odczyn w tych samych warunkach wykonany, był bardzo wybitny (+ + +); natomiast odczyn z krwią zdrowego człowieka wypadł zupełnie ujemnie. Równocześnie powtórzyliśmy i doświadczenia Hymansa zupełnie według jego wskazówek. W tym celu po utoczeniu krwi choremu na okresową hemoglobinurye w czasie wolnym od napadu (20. XI.) przez nakłucie żyły środkowej (v. mediana), odwłóknieniu przez lekkie bicie pręcikiem w ciepłocie pokojowej i natychmiastowem odwirowaniu oddzieliliśmy surowicę zupełnie wolną od hemoglobiny (S) zapomocą pipety, pozostałe zaś krwinki czerwone (E) wymyliśmy kilkakrotnie w rozczynie fizyologicznym (0.85%). Na Cl. Tak samo przygotowaliśmy surowicę (s) i krwinki czerwone (e) z krwi zdrowego człowieka. Następnie wykonaliśmy osiem doświadczeń, według poniżej uwidocznionego zestawienia, poddając w każdym przypadku 2 krople zawiesiny krwinek czerwonych w 15 kroplach surowicy krwi przez 2 godziny działaniu powietrza lub CO_2 przy ciepłocie 8° C, 16° C i 37° C i otrzymaliśmy następujące wyniki:

1) S + E przez 2 godziny przy 8° C w CO_2 : wynik + +
2) S + E » » » 37° C » » : » 0
3) S + E » » » 16° C na powietrzu : » ?
4) s + e » » » 16° C w CO_2 : » 0
5) s + E » » » 16₀ C » : 0
6) S + e » » » 16° C » : + +
7) S + e » » » 37° C » : 0
8) S + e » » » 8° C na powietrzu : 0

Z doświadczeń tych zgodnie ze spostrzeżeniami Hymansa wynika, iż we krwi hemoglobinuryka tylko surowica posiada własności hemolityczne, natomiast krwinki czerwone zachowywały się prawidłowo, jak również, iż powstawaniu hemolizy u chorego na hemoglobinurye okresową sprzyja w wysokim stopniu obecność CO_2 przy ciepłocie niższej, w granicach między 8—16° C, bez poprzedniego oziębienia. Surowica i krwinki czerwone krwi prawidłowej nie posiadają wcale własności hemolitycznych.

Równocześnie przedsięwzięliśmy szereg doświadczeń co do wytrzymałości krwinek czerwonych (dokładnie wypłukanych w rozczynie fizyologicznym 0.85% Na Cl) tak ze krwi chorego na okresową hemoglobinurye, jak i ze krwi prawidłowej, na rozczyny wodne 0.5—1% kwasu octowego i na wolny CO_2. Owóż nie mogliśmy zauważyć żadnej różnicy w zachowaniu się krwinek (u hemoglobinuryka i prawidłowych) w obu przypadkach wobec rozczynów kwasu octowego; CO_2 zaś, wprowadzony do zawiesiny krwinek czerwonych w rozczynie fizyologicznym Na Cl przez 5 minut w ciepłocie pokojowej, wywoływał wybitne ślady hemolizy przy zadziałaniu na krwinki czerwone hemoglobinuryka, a zachowywał się obojętnie wobec krwinek czerwonych krwi prawidłowej. Natomiast hemoliza wystąpiła bardzo wybitnie, skorośmy CO_2 wprowadzali w ciepłocie pokojowej przez 5 minut do zawiesiny ciałek czerwonych z krwi hemoglobinuryka w rozczynie fizyologicznym Na Cl i dodali do tej zawiesiny poprzednio nieco surowicy (S) tegoż hemoglobinuryka, gdy taki sam dodatek surowicy prawidłowej (s) już nie wywoływał hemolizy. Toż samo nie wystąpiła hemoliza, skoro doświadczenie to w równych zresztą warunkach powtórzono z zawiesiną ciałek czerwonych krwi prawidłowej z domieszką surowicy prawidłowej. Nie ulega zatem wątpliwości, iż odporność krwinek czerwonych na CO_2 jest u hemoglobinuryka bezwarunkowo zmniejszona w porównaniu z krwinkami czerwonemi prawidłowemi.

Streszczając wyniki spostrzegania klinicznego i odnośnych doświadczeń w naszym przypadku, dochodzimy do wniosków następujących:

1) Napady okresowej hemoglobinuryi powstawały zawsze pod wpływem zadziałania znacznie obniżonej ciepłoty, t. j. po zastosowaniu kąpieli lodowej nożnej, lub po przeziębieniu się chorego. Podwiązanie kończyny, jak i wzruszenia pozostawały bez wpływu. Napad, który zapowiadał się początkowo ciężko, został przerwany po ogrzaniu kończyn dolnych gorącymi okładami, a więc pod wpływem ciepła. Napady można było wywołać w dobę po sobie.

2) We krwi chorego na okresową hemoglobinurye znajdują się swoiste hemolizyny. Własności hemolityczne posiada wyłącznie tylko surowica krwi, a nie krwinki czerwone. Krwinki czerwone okazują wybitnie zmniejszoną odporność na CO_2 wolny.

3) Do powstania hemolizy »in vitro« konieczne było

zadziałanie wolnego CO_2 przy ciepłocie pokojowej (16° C), co bardzo zbliża się do odnośnych warunków »in vivo«. Wogóle CO_2-hemoliza Hymansa odgrywa tu ważną rolę.

4) Równocześnie z pojawieniem się hemoglobinuryi można stwierdzić hemoglobinemię. W surowicy krwi naówczas znajdowała się czysta oksyhemoglobina bez domieszki innych barwików krwi, jak methemoglobiny i t. p. W czasie wolnym od napadu surowica krwi nie zawierała oksyhemoglobiny, lecz tylko barwik prawidłowy, należący do grupy lipochromów.

5) Bardzo ważnym czynnikiem w powstawaniu CO_2-hemolizy jest wpływ nerwów naczynioruchowych i wydzielniczych. Małe dawki atropiny, które nie wywołały jeszcze rozszerzenia źrenicy, widocznie już hamowały pod każdym względem powstanie i przebieg napadu; natomiast mała dawka pilokarpiny przyspieszyła wystąpienie napadu. Wobec tego, bardzo prawdopodobnem jest, iż niepoślednią rolę w powstawaniu CO_2-hemolizy odgrywa zwiększona czynność wydzielnicza komórek śródbłonkowych naczyń, zależna od zwiększonej pobudliwości odnośnych nerwów wydzielniczych i naczynioruchowych.

6) Parcie krwi podczas napadu nieznacznie się zwiększa.

7) Obraz hematologiczny wykazywał znaczny spadek limfocytów w czasie napadu, a wogóle przemawiał za stałem podrażnieniem narządów krwiotwórczych.

Wogóle na podstawie powyższych danych przedstawia się nam patogeneza napadów hemoglobinuryi okresowej w następujący sposób.

U osobnika, którego krew okazuje zmniejszoną odporność krwinek czerwonych na CO_2 i zawiera swoiste hemolizyny, następuje wskutek zadziałania zimna podrażnienie nerwów naczynioruchowych skórnych i skurcz naczyń skórnych obwodowych, a równocześnie rozszerzenie naczyń włosowatych i zwolnienie prądu krwi w trzewiach brzusznych. Wobec tego w naczyniach trzewnych brzusznych znajduje się znaczniejsza ilość krwi, a tem samem i CO_2. Równocześnie zostają podniecone i nerwy wydzielnicze działające na komórki śródbłonkowe w drobnych naczyniach krwionośnych, a tem samem wzmaga się czynność wydzielnicza śródbłonka. Wskutek obecności swoistych hemolizyn, znaczniejszej zawartości CO_2 we krwi w rozszerzonem łożysku naczyniowem trzew brzusznych i obniżonej ciepłoty z powodu zwolnionego prądu krwi, jak również wskutek równocześnie zwiększonej wydzieliny komórek śródbłonka (komplement) wytwarzają się »in vivo« warunki dla CO_2-hemolizy (Hymansa). W ślad za powstaniem hemolizy wytwarza się hemoglobinurya. Skoro po pewnym czasie zaburzenia w krążeniu się wyrównają, ustaje i hemoglobinemia, a tem samem i hemoglobinurya. Rozpad krwinek czerwonych w czasie napadu stanowi podnietę dla następowej czynności regeneracyjnej narządów krwiotwórczych.

Nie da się rozstrzygnąć, co spowodowało zmniejszoną odporność krwinek czerwonych na CO_2. Wprawdzie możnaby w naszym przypadku wobec wybitnego odczynu Wassermanna przypuszczać kiłę pomimo zaprzeczenia chorego, jednakże trudno nam się skłonić stanowczo do tego zapatrywania, skoro zważymy, iż kiła należy do bardzo częstych, a natomiast okresowa hemoglobinurya do bardzo rzadkich zjawisk chorobowych.

Piśmiennictwo. 1) Senator. Haemoglobinurie. Realencyklop. der gesamten Heilkunde Eulenburga 1886 r. — 2) Chwostek. Über das Wesen der paroxysmalen Haemoglobinurie. Leipzig u. Wien 1894. — 3) Grawitz. Klinische Pathologie des Blutes 1896. — 4) Donath-Landsteiner. Münchener med. Woch. 1904. — 5) Langstein. Über paroxysmale Haemoglobinurie im Kindesalter. Berl. klin. Woch. Nr 34 1905. — 6) Pel. Berl. klin. Woch. Nr 24 1907. — 7) Moro i Noda. Paroxysmale Haemoglobinurie u. Haemolyse in vitro. Berl. klinische Woch. Nr 5. 1909. — 8) Erich Meyer u. E. Emmerich. Über paroxysmale Haemoglobinurie. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1909 Bd. 96. — 9) Stschastnyj. Blutplättchen u. haemolytisches Serum. Berl. klin. Woch. Nr 22. 1909. — 10) Czernecki. Haemoglobinurie u. Haemolyse. Wien. klin. Woch. Nr 42. 1909. — 11) Hymans van dem Bergh. Blutuntersuchungen über die Haemolyse bei der paroxysmalen Haemoglobinurie. Berl. klin. Woch. Nr 27. 1909 i Nr 35. 1909.

Suchy odczynnik białka w moczu.

Podał

Adolf Edelman, ryg. med.

»Uważam zaniedbanie zbadania moczu w badaniu chorego za wielki błąd«, mówi Leube w swej dyagnostyce chorób wewnętrznych. Słowa te wielkiego klinicysty odnoszą się w pierwszym rzędzie do badania co do białka, chociaż niewątpliwie powinien lekarz badać mocz każdego chorego także i co do cukru.

Pominięcie badania moczu bywa często źródłem błędnego rozpoznania, a co gorsza fałszywego leczenia. Miałem sposobność widzieć w Helouanie w Egipcie (gdzie zimuje mnóstwo chorych na nerki ze wszystkich prawie krajów) bardzo wiele zaniedbanych spraw nerkowych. W jednym z tych przypadków dopiero po 5 latach choroby zbadano mocz, w którym znaleziono 12‰ białka; w innym leczono chorego długi czas hydropatyą, aż dopiero napad mocznicy zwrócił uwagę na mocz.

Gdzie leży przyczyna, że lekarze nie badają tak często moczu, jak to czynić powinni? Zdaje mi się, że główną przyczyną tego stanu rzeczy są pewne trudności natury technicznej. Oto lekarz nie zawsze może nosić lub wieźć ze sobą do chorego odczynników, np. kwasu azotowego lub ługu potasowego, a wskutek tego nieraz zaniedbywa badania moczu, choć zdaje sobie nawet sprawę z tego.

Ten stan rzeczy skłonił mnie do prób spreparowania odczynnika do badania białka w takiej formie, w której mógłby go lekarz nosić przy sobie, — odczynnika, którymby mógł szybko i wszędzie zbadać mocz.

Po całym szeregu doświadczeń z wieloma odczynnikami białka doszedłem do wniosku, że najlepiej nadaje się do tego celu kwas sulfosalicylowy. Z kwasu tego sporządziłem pastylki o wadze 0,5 g. przy pomocy cukru mlecznego według recepty: »Rp. Acidi sulpho-salicylici, Sacchari lactis aa 2,5, M. f. l. pastilli Nr X. D. ad lagenam coeruleam, S. Reagens«. Użyłem cukru mlecznego jako środka chroniącego od przyciągania wody, w kwasie bowiem sulfosalicylowym zawiera się drobina kwasu siarkowego, który, jak wiadomo, bardzo energicznie przyciąga wodę, co uniemożliwiłoby dłuższe przechowywanie pastylek.

Pastylkę wrzuca się do mniej więcej 15—30 cm³ moczu w szklance, flaszeczce, na łyżce lub choćby skorupce glinianej. Pastylka rozpuszcza się szybko i łatwo, a po jej rozpuszczeniu mocz zawierający białko silnie mętnieje, a mocz prawidłowy nie zmienia się.

Odczynnik ten daje odczyn mniej więcej w tych granicach, jak kwas azotowy, a więc wskazuje ilości mniejsze, niż 0,03‰ białka*).

*) Wiadomość o tym suchym odczynniku, obmyślonym i wypróbowanym przez autora powyższej notatki zupełnie samodzielnie, podajemy jako pożyteczne przypomnienie o praktycznej próbie, mało znanej i mało używanej. Próbę z kwasem sulfosalicylowym, opisaną jeszcze w r. 1889 w »Pharmaceutische Centralhalle« (str. 549) i r. 1891 w »Brit. med. Journal« (Nr 1581, 837) polecił potem do celów praktycznych, jako t. zw. »portative Eiweissprobe« Ott w r. 1894 (Deutches Archiv. f. klin. Medizin. 503, 67). (Przyp. Red.).

Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy

(Przegląd krytyczny)

podał

Dr Jan Nowaczyński

demonstrator kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

Wiadomo, jak trudne nieraz jest rozpoznanie gruźlicy w ustroju, zwłaszcza płuc, szczególnie zaś w jej początkach i jak zarazem ważne jest ono tak dla lekarza, jakoteż i dla chorego. Stąd też nie ustają usiłowania badaczy, zmierzające do znalezienia pewnych metod rozpoznawczych, któreby ułatwiły skuteczne leczenie choroby. W ostatnich czasach badania biologiczne poczyniły znaczne postępy, a liczne na nich oparte prace, powiększyły i wzbogaciły liczbę metod, jakie posiada klinika dla rozpoznania chorób zakaźnych. Metody te starano się też zastosować i dla rozpoznania gruźlicy.

W niniejszem zestawieniu mam zamiar przedstawić owe metody rozpoznawcze, zwłaszcza metody najnowsze, poddając zarazem krytycznej ocenie ich wartość, oraz wyniki jakie one dają. Zestawienie to nie będzie może zupełne, a to dlatego, iż opieram się w głównej mierze na piśmiennictwie francuskiem, wspominając tylko przygodnie innych (niemieckich, angielskich) autorów.

Metody biologiczne, zmierzające do rozpoznawania gruźlicy, można podzielić na dwie grupy:

I. Pierwsza grupa obejmuje metody, polegające na zjawisku t. zw. allergii, czyli zmienionego biologicznego odczynu ustroju uodpornionego lub chorego pod wpływem jadu gruźliczego, odczynu który właśnie ma stanowić kryteryum rozpoznawcze. Tu należy odczyn tuberkulinowy ze swemi odmianami.

II. Druga grupa, to metody opierające się na pewnych własnościach, jakich nabywają soki ustroju, przedewszystkiem surowica krwi w ciągu rozwoju choroby, czyli pod wpływem działania zarazka (zdolność aglutynacyi, precypitacyi, własności opsoniczne i t. p.) Metody które w niniejszem zestawieniu uwzględnić zamierzam, są następujące:

1) aglutynacya,
2) precypitacya,
3) metoda odchylenia komplementu,
4) metoda Calmettea z jadem okularnika (cobra),
5) metoda opsoninowa,
5) odczyny anafilaktyczne
7) leukoreakcya, wreszcie
8) metoda meiostagminowa.

I. Odczyny tuberkulinowe.

Wykryta w r. 1890 przez Kocha tuberkulina zawiodła wprawdzie nadzieje, jakie w niej pokładano z początku co do jej własności leczniczych, nie mniej jednakże ma ona znaczną wartość, zastosowana w celach rozpoznawczych, a to z powodu odczynu, jaki wywołuje u osób gruźliczych. Odczyn ten, objawiający się nieraz bardzo gwałtownemi i groźnemi przypadłościami bądź to miejscowemi, bądź ogólnemi, zwłaszcza dawniej, kiedy stosowano tuberkulinę w dużych dawkach, zniechęcił wielu lekarzy do stosowania jej dla rozpoznania klinicznego. Używając jednakże dawek bardzo małych (dziesiętne części miligrama) usuwa się w znacznej mierze owe groźne skutki. Mimo to stosowanie tuberkuliny, zawsze jeszcze niebezpieczne, powinno być przeprowadzone z wszelkiemi ostrożnościami; w żadnym przypadku jednorazowa dawka wstrzykniętej tuberkuliny nie powinna przekraczać 0.002 gr.

Rozróżnić można trzy sposoby stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych:

1. Wstrzyknięcie jednorazowe. Wstrzykuje się jednorazowo $1/_2$ cm³ rozczynu tuberkuliny (4 cm³ tuberkuliny w 1000 cm³ wody karbolowej 5 : 1000), co odpowiada dawce 0.002 gr. Sposób ten jednakże nie jest pozbawiony niebezpieczeństw.

2. Wstrzykiwanie dawek rosnących. Sposób ten stosują głównie autorowie niemieccy, którzy, poczynając od dawek małych, 0.2 — 0.5 miligr., dochodzą nieraz do dawek ogromnych, do 10—20 miligramów. Stosując w ten sposób rosnące dawki tuberkuliny, dochodzi się ostatecznie do dawki, nie obojętnej nawet dla ustroju zdrowego, która wywołać w nim może odczyn już nie swoisty i fakt ten też obniża nieco wartość tej metody. Tak np. spostrzegano odczyn u 64 na 100 osobników pozornie zdrowych po zastosowaniu dawki 1—3 miligr. po zastosowaniu dawki 1 centygr. odsetek oddziałujących wzrósł do 96%. W każdym razie roztropny lekarz powinien unikać używania dawek tak dużych i niebezpiecznych.

3) Powtarzające się wstrzykiwania dawek małych. Niektórzy klinicyści, jak Moeller, Loewenstein, Ostrowsky (Congrès de la tuberc. 1905) radzą stosować dawki małe 0,1 — 0,2 miligr. i powtarzać je 4—5 razy w przerwach 3—4 dniowych; jest to sposób najmniej niebezpieczny. Dawki te stwarzają w ustroju ludzkim stan nadczułości (hypersensibilité) tak że ustrój oddziałuje później już szybko na małe dawki powtórne. I tak około 95 na 100 osób gruźliczych oddziaływało już na trzecie lub czwarte wstrzyknięcie. Tej metodzie można jednak zarzucić to, że odczyn jaki tuberkulina w ten sposób zastosowana wywołuje, polega raczej na anafilaksyi miejscowej wobec tuberkuliny, niż na obecności gruźlicy u danej osoby. Do celów rozpoznawczych używa się prawie wyłącznie tuberkuliny Kocha (tuberkuline brute, Alttuberkulin) w rozczynach 1% lub 1‰ z wodą karbolową.

Najpraktyczniejszym sposobem stosowania jest wstrzykiwanie podskórne zapomocą strzykawki, najlepiej szklannej, oczywiście wśród zachowania wszelkich reguł antyseptyki i aseptyki; najodpowiedniejszy czas, godziny przedpołudniowe. Ciepłota badanej osoby nie powinna przekraczać 37° C przynajmniej 1—2 dni przed wstrzyknięciem. Dawka pierwszego wstrzyknięcia, zależna zresztą od sposobu, jaki się z wyżej wymienionych wybierze, rozpoczyna się od 0,1 - 0,5 miligr. poczem, o ile ustrój dawkę tę znosi bez odczynu, zwiększa się ją do 1 miligr. wreszcie podnosi do dawki granicznej, która jednak nie powinna przekraczać 10 miligr., a u osób słabych 5 miligr.; u dzieci stosuje się dawki o połowę mniejsze, niż u dorosłych.

Ustrój zdrowy nie oddziaływa wcale na wstrzyknięcie tuberkuliny w powyższych dawkach. Inaczej natomiast zachowuje się ustrój dotknięty gruźlicą, który szybko odpowiada odczynem, objawiającym się tak miejscowo, jak i ogólnie; głównym objawem odczynu ogólnego, jest podniesienie się ciepłoty; objaw ten powstaje regularnie i ze wszystkich innych jest najpewniejszy; toteż nim kierujemy się i jemu przypisujemy znaczenie w ocenianiu wyniku. Za dodatni można uważać odczyn, jeśli ciepłota podniosła się najmniej o 0.5 C w porównaniu z najwyższą ciepłotą stwierdzoną przed wstrzyknięciem; niektórzy klinicyści wymagają podniesienia się conajmniej 1°—1·5° C; ciepłota zaczyna się podnosić zazwyczaj w 6—8 godzin po wstrzyknięciu, dosięga szczytu po 12 godzinach i trwa 30 godzin, i dłużej. Prócz ciepłoty występuje jeszcze inne zaburzenie ogólnego stanu jak: dreszcze, zawroty głowy, nudności, do czego dołączają się bóle głowy, oraz członków, dolegliwości podmiotowe w narządzie dotkniętym sprawą chorobową, bicie serca, znużenie, bezsenność i t. p. Objawy te znikają w miarę opadania ciepłoty i nie pozostawiają trwałych następstw, jeśli i materyał starannie został wybrany i środek zastosowany według obowiązujących przepisów.

Na podstawie dodatniego wyniku odczynu można wnosić o obecności bakteryi gruźliczych względnie sprawy gruźliczej, toczącej się w ustroju, nie można jednakże orzec, czy w danym przypadku istnieje gruźlica utajona nieczynna, czy utajona czynna; w celu odróżnienia tych postaci sprawy

chorobowej trzeba mimo wszystko uciec się do badania klinicznego i oprzeć się na jego wynikach.

Odmiany odczynu tuberkulinowego. W pierwszym rzędzie wymienić należy odmianę odczynu tuberkulinowego, którą podał Pirquet (Tuberkulinreaktion durch kutane Impfung. Berl. med. Gesellsch. 20 maja 1907 Nr 20 str. 644). Badania jego dawniejsze (Die frühzeitige Reaktion bei der Schutzpockenimpfung. Wien. klin. Woch. 1906 r. str. 855) nad szczepieniem krowianki u dzieci, w ciągu których zauważył, że rewakcynacya dzieci świeżo szczepionych wywołuje odczyn skórny pod postacią guzka, pojawiającego się w ciągu 24 godzin i następnie znikającego, naprowadziły go na myśl zastosowania metody szczepiennej u dzieci gruźliczych przez użycie tuberkuliny jako szczepionki. Objawy, jakie przytem spostrzegał, były podobne do objawów odczynu u dzieci rewakcynowanych, a odczyn nazwał odczynem skórnym (Cuti-reaction).

Wkrótce po Pirquecie różni autorowie podali szereg innych sposobów stosowania tuberkuliny. I tak Moro (Münch. med, Woch. 1908 Nr 5 str. 216) zalecił stosować maść, w której skład wchodzi tuberkulina stara Kocha z lanoliną w równych częściach; maścią tą naciera się powłoki brzuszne w okolicy nadpępcza (epigastrium) przez 30—60 sekund na przestrzeni 5 cm³. Liguières (Centrbl. f. Bakt. 1908 XLVI str. 373) polecił tuberkulinę czystą, którą naciera się skórę uprzednio ogoloną i odkażoną wyskokiem. Lautier (Compt. rend. Soc. Biolog 1908 Nr 2 str. 91) przykładał na skórę tampon z waty, napojonej 2—3 gr. tuberkuliny strąconej wyskokiem i rozcieńczonej w stosunku 1:100 na skórę; tampon ten przytrzymuje się zapomocą przylepca przez 24 godzin. Te trzy odczyny noszą nazwę odczynów naskórnych (reactions percutanées). Mautoux (Comp. rend. Acad. des sciences t. CXLVI str. 355) poleca wstrzykiwać tuberkulinę w ilości jednej setnej miligrama zapomocą strzykawki, opatrzonej w bardzo cienką igłę w samą skórę (derma) jestto t. zw. odczyn śródskórny (intradermoréaction) Metodą tą posługują się często lekarze francuzcy.

Prawie równocześnie z Pirquetem, Calmette ze swymi uczniami (Breton, Petit, Painblanc (Compt. rend. Acad. des scienc. 1907, 17. czerwca, str. 1324) z jednej strony, a Wolff-Eisner (Beiträge zur Klinik d. Tuberkulose Bd. IX. 197), z drugiej niezależnie od siebie wpadli na pomysł zastosowania tuberkuliny na spojówkę oka. Metoda ta nosi nazwę odczynu spojówkowego (oculo-réaction).

Wkrótce idąc za ich przykładem, zaczęto stosować tuberkulinę na inne błony śluzowe: Laffite, Dupont, Molinier (Compt. rend. Soc biolog. 1908, str. 14 i 72) na błonę śluzową nosa w rozczynie 1: 100, czy to zapomocą nakłucia sztylecikiem, czy też przez założenie tamponu, który pozostawał przez 10 minut — (rhino-réaction). Richter (Zeitschr. f. Infektionskrankh. t. V. str. 34) stosował tuberkulinę na błonę śluzową pochwy (vagino-réaction), wreszcie Calmette i Breton (Compt. rend. Soc. biolog. 1908, Nr 4, str. 163) na błonę śluzową odbytnicy w ilości 1 centigr.

Ze wszystkich tych sposobów dwu przeważnie używa się w praktyce klinicznej, t. j. odczynu skórnego (z jego odmianą. t. j. intradermoreakcyą), oraz odczynu ocznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Henle. **Zastosowanie hormonu perystaltycznego w chirurgii.** (Zentrlbl. f. Chir. 1910, Nr 42). Dla podniecenia ruchu robaczkowego po operacyach używał H. w szeregu przypadków podskórnych wstrzykiwań fizostygminy w dawce 1,0 do 1,2 miligrama, poleconych przez Vogla. Środek ten jednak niejednokrotnie zawodził, a w 2 przypadkach spostrzegał H. po nim ciężki zapad. Dlatego tem chętniej rozpoczął próby z hormonem perystaltycznym, wytwarzanym przez żołądek i górną część dwunastnicy na szczycie trawienia i dającym się uzyskać sztucznie z błony śluzowej tych części przewodu pokarmowego, a jeszcze dogodniej ze śledziony, gdzie się ten hormon gromadzi. Na zasadzie doświadczeń na zwierzętach, wykonanych przez kilku autorów, podjął H. próby z tym hormonem u ludzi. Posługiwał się do prób hormonem, wyrabianym jałowo ze śledziony przez fabrykę chemiczną akcyjną (dawniej Scheringa) w Berlinie, wstrzykując po 15 cm³ (jedną flaszeczkę) w mięśnie, w przypadkach nagłych śródżylnie. Ze skutków ubocznych pojawiało się tylko podniesienie ciepłoty krótkotrwałe do 37·5—39; zaburzeń ze strony serca nie było nigdy. W szeregu odpowiednich przypadków, z których dokładniej dwa przytacza, uzyskał H. skutki bardzo pomyślne. W przypadkach, w których (w dobę po operacyi) szybko wzmagały się objawy porażenia jelit i szmery jelitowe już znikły, powracała w 3 godziny po wstrzyknięciu hormonu czynność ruchowa jelit, a po dalszych 3 godzinach odchodziły obficie wiatry. Równocześnie z powrotem ruchu robaczkowego poprawiał się szybko stan ogólny. H poleca gorąco dalsze próby, rokując z dotychczasowych swych doświadczeń jaknajlepsze nadzieje. Z.

Blad. **O rodzajach działania i wskazaniach gastroenterostomii.** (Arch. f. kl. Chir. 92. III.). B. badał szczegółowo treść żołądkową w 20 przypadkach przed i po połączeniu żołądka z jelitem i przekonał się, że przeszło w połowie przypadków opróżnianie się żołądka wcale po operacyi się nie polepszyło, a nawet w 6 przypadkach było gorsze, niż przed operacyą. Zwłaszcza dotyczyło to przypadków, gdzie odźwiernik był drożny, a wrzód znajdował się gdzieś w innej części żołądka. Natomiast przy zwężeniach odźwiernika opróżnianie polepszało się wybitnie. Poprawa kliniczna następowała nawet tam, gdzie mechanizm się nie poprawiał. Połączenie żołądka z jelitem zmniejsza kwaśność soku żołądkowego, co zapewne wpływa też korzystnie na dolegliwości podmiotowe. — Wobec tych danych uważa Blad gastroenterostomię za przeciwwskazaną w przypadkach, w których niema wybitnych zmian w części odźwiernikowej, a wrzodowi towarzyszy nieżyt żołądka z brakiem wydzielania soku (achylia). K.

Bircher. **Kątnica ruchoma.** (Med. Klinik 1910, Nr 40). Ruchoma kiszka ślepa (coecum mobile) daje podług Wilmsa nieraz zupełnie podobne objawy, jak przewlekłe zapalenie wyrostka. Nieraz też rozpoznaje się to drugie i usuwa wyrostek bez skutku; w takich przypadkach jedynie umocowanie jelita wiedzie do wyleczenia. Objawy kliniczne: napadowe bole, które poprzedza zaparcie stolca i wzdęcia, a kończy biegunka. Bole przechodzą ze strony prawej na lewą. Nieraz wyczuć można jelito, jako ciało elastyczne, wybitnie kruczące. Bole pochodzą z dwu przyczyn: 1) Kątnica jest za długa, a przez to krezeczka wyrostka stosunkowo za krótka, ulega ciągłemu pociąganiu. 2) Bole pochodzą od przyczepu krezki samego jelita. Ruchomość kątnicy może być nabytą (przewlekłe zaparcia) lub wrodzoną. W pierwszym razie leczenie dyetetyczne może doprowadzić nawet do wyleczenia. Po operacyi w 75% wynik bywa zupełnie dobry. Rozpoznanie potwierdza badanie rentgenowskie. Zwykle zawiesina bizmutu pozostaje w kiszce ślepej około 24 godzin; przy kątnicy ruchomej — 2—3 dni. K.

Melchior. **O niebezpieczeństwach forsownego rozszerzania zwieracza odbytu.** (Münchener medizinische Wochs. 1910, Nr 38). Powszechnie utarło się mniemanie, że rozszerzanie zwieracza, a nawet jego nacinania są zupełnie dozwolone, bo ewentualna niedomykalność stolca ustępuje potem szybko. Mistrz chirurgii Volkmann polecił nawet rozszerzać zwieracz tak, by palce gwałtownie oparły się o guzy siedzeniowe! Potem powinno na pewien czas

nawet wystąpić wypadnięcie błony śluzowej. M. na podstawie szczegółowego zbadania chorych operowanych z powodu szczeliny odbytu, przetok i guzów krwawniczych w klinice wrocławskiej Küstnera dochodzi do przekonania, że rozszerzenie gwałtowne zwieracza, wykonane zbyt silnie i nie w głębokiem uśpieniu, może w następstwie wywołać trwałą niedomykalność odbytu i stosunkowo lekkie cierpienie zmienić w stan ciężki i bardzo dla chorego przykry. Powinno się też postępować przy rozszerzaniu zwieracza nie gwałtownie i do rozszerzania głęboko uśpić chorego. K.

Prof. Goebell. **W sprawie chirurgicznego leczenia zaparcia stolca.** (Mediz. Klinik 1910, Nr 45). Przyczynami wrodzonego przewlekłego zaparcia stolca są: choroba Hirschsprunga, ruchomość wstępującego jelita grubego lub ślepego, toniczny skurcz trzeciego zwieracza, a wreszcie, co najczęściej, nadmierne zastawki kiszki. Rozpoznanie stanowczo uczynić można jedynie przy pomocy promieni Röntgena i proktoskopii. Zastawek podług Houstona jest prawidłowo 3, rzadko więcej. Leżą one nad sobą spiralnie, najwyższa na granicy zagięcia esowatego po stronie lewej, niższa po prawej, a dolna na ścianie przedniej. Zastawki te nie powinny zajmować więcej, niż $^1/_3$—$^1/_2$ światła jelita, być bardzo grube, leżeć za blizko siebie, (w przeciwnym bowiem razie wywołują zaparcie stolca). W podobnych przypadkach stosowano w Ameryce przedzielenie tych zastawek »valvidotomię«. Robi się ją zapomocą kaustyki, lub co lepiej klamerek, które w 4—6 dni wywołują zgorzel zastawki i odchodzą ze stolcem. G. na zasadzie własnego doświadczenia poleca ten drugi sposób. Skutek bywa potem znakomity. Podobne obrazy zastawek daje i opadnięcie trzew, ale z chwilą wyprostowania ściany znika i rzekoma zastawka. Przy »megacolon« stosuje się w danym razie wycięcie, najlepiej kilkuczasowe, przy ruchomem jelicie umocowanie do otrzewnej ściennej. Zaparcie wywoływać mogą także i zrosty, n. p. często w okolicy zagięcia esowatego po durze (?). Zaparcie zjawia się w tych przypadkach oczywiście od czasu przebycia duru. K.

Prof. Kehr. **20 lat chirurgii kamicy żółciowej, rzut oka na 1600 operacyi.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 38). W pracy niniejszej zestawia K. 1600 operacyi kamicy żółciowej i wnioski praktyczne z tychże. Prócz dróg żółciowych ulega przy kamicy schorzeniu niezmiernie często także trzustka. Sączkowanie przewodów żółciowych, zwłaszcza wspólnego i wątrobnego, chroni od nawrotów, a raczej od przeoczenia (bardzo częstego) kamyków w głębszych drogach. Kehr operuje ze wskazania życiowego przy przewlekłem zatkaniu przewodu wspólnego, przy ropniaku woreczka, przedziurawieniu i raku. Wskazaniami względnemi są przypadki częstych napadów kolki, utrudniające pracę i odejmujące choremu ochotę do życia. Swe dobre wyniki zawdzięcza K. wprawie, jakoteż temu, że obecnie nie zajmuje się niczem innem, zwłaszcza nie operuje spraw ropnych na kończynach. Operuje najdłużej 30—40 minut. Cięcie prowadzi bardzo duże, by mieć dobry dostęp i przegląd pola operacyjnego. Przed operacyą poleca plombować zęby i utrzymywać je czysto, po operacyi poleca gimnastykę oddechu; uśpienie chloroformowo-eterowo-tlenowe; zapaleń płuc nie spostrzega prawie nigdy. K.

Pick. **Samoistne krwotoki do łożyska nerki.** (Med. Klinik. 1910, Nr 25). Cierpienie to należy do bardzo poważnych. Opisano dotąd 8 przypadków, z czego 6 chorych operowano (zmarło 4), a 2 nieoperowano (obaj zmarli). Cierpienie to występuje u osób dotkniętych stwardnieniem tętnic; prawie zawsze wykazywano przy tem przewlekłe zmiany w nerkach. Sprawa zaczyna się zwykle nagle, gwałtownymi, nieraz napadowymi bolami w okolicy nerki, rozpromieniającymi się w krzyże i dół brzucha. Występuje przytem wybitna bladość lub w razie dłuższego trwania choroby żółtaczka, niekiedy podwyższenie ciepłoty. Brzuch wzdęty, a nieraz wyczuć można z boku guz elastyczny. Rokowanie bez operacyi bardzo złe, bo krwiak wskutek sąsiedztwa kiszek ulega nieraz zakażeniu. Przed operacyą należy zbadać sprawność nerki, bo nieraz zajść może potrzeba jej usunięcia. Zwykle operacya polega na usunięciu skrzepów i wytamponowaniu jamy. K.

Brodnitz. **Udar nadnerczy.** (Munch. med. Woch. 1910 Nr 30). B. miał sposobność spostrzegać przypadek powyższego cierpienia, który był operowany i sekcyonowany. 35-letni silnie zbudowany człowiek po obfitym posiłku doznał w nocy silnych boleści o charakterze kolek z wymiotami. Podobny napad miał już 2 razy przed 2 i 4 laty, przyczem bole trwały po kilka godzin. Obecnie jednak bole trwały ciągle z małemi przerwami, przyczem ciepłota była prawidłowa, a tętno bardzo wolne i bardzo twarde. Ze względu na uporczywe bóle trzeciego dnia laparotomia; znaleziono jedynie silny skurcz jelit w 3 miejscach, zresztą wyrostek robaczkowy, wątroba, trzustka i żołądek bez zmian. Piątego dnia po operacyi zejście śmiertelne. Sekcya wykazała: zupełne zniszczenie prawego nadnercza, a częściowe lewego, przez krwotok. W lewem nadnerczu mikroskopowo udało się wykazać także stare zmiany po przebytych poprzednio krwotokach. Udar nadnercza wprawdzie trudno rozpoznać, zaprzeczyć się jednak nie da, że daje on osobny obraz chorobowy, cechujący się wolnem a silnem tętnem przy ciepłocie prawidłowej i kurczem jelit, objawiającym się szalonymi bolami bez wiadomej przyczyny i punktu wyjścia. Może do nadnerczy odnieść także należy kurcze jelit po operacyi nerek, wydarzające się nie rzadko. K.

Prof. Wilms. **Odczuwanie bolu w jamie brzusznej i znaczenie jego dla rozpoznania.** (Med. Klinik. 1910. Nr 1). Bole w jamie brzusznej są różnego rodzaju. Najdokładniej dają się określić kolki t. j. bole napadowe, trwające dość krótko, a występujące okresowo. Istota tych bolów nie polega, jak sądzi Nothnagel, na ucisku nerwów przy kurczeniu się danego narządu, lecz jest różna, zależnie od narządu. W jelitach polega ona na pociąganiu nerwów krezki; przy kolce ołowiczej jest ona przyrody neuralgicznej, przy kolce żółciowej polega na rozciąganiu pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (kolki ustają z czasem, gdy ściany pęcherzyka zapalnie zgrubieją); podobnie dzieje się przy kolce nerkowej. Nie potrzeba do tego wcale zatkania dróg kamykiem. Również bóle przy przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego pochodzą od pociągania lub spraw zapalnych nerki (punkt Mac Burneya). Zupełnie podobną bolesność spotykamy nieraz na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha, jako wyraz przeczulicy nerwów, wstępujących w tem miejscu w pochewkę mięśnia. Bolesność tę spotyka się u gośćcowych i po wysiłkach fizycznych. Przy próbach siadania bez pomocy rąk miejsce to pozostaje bolesne przy obmacywaniu, natomiast bolesność głębsza zwykle znika. K.

Prof. Blumenthal. **O próbach leczenia mięsaka u szczurów.** (Med. Klinik. 1910, Nr 50). Próby czynnego uodpornienia i leczenia nowotworów datują się od r. 1902, kiedy Leyden ogłosił swe wyniki wspólnie z autorem, mianowicie zupełne wyleczenie raka odbytnicy u psa, przez szczepienia tkanką raka kiszki psa drugiego. Delbet podjął podobne próby u człowieka, wstrzykując jeszcze wśród uśpienia roztarte cząstki wyciętego guza. Przeciwko temu należy zaprotestować, albowiem przytem nie jest wyłączona możliwość przeszczepienia raka w inne miejsce. B. postanowił próbować podobnego leczenia, ale z tkanką nowotworową zabitą, a to mianowicie przez autolizę kilkodniową (roztartej tkanki w wodzie chloroformowej) w autoklawie. Przekonał się bowiem na zwierzętach, że autolizat taki nie może wywołać zakażenia, a często wywołuje u szczurów wyleczenia mięsaków, zwłaszcza miękkich. Autolizaty te tracą jednak swe uodporniające własności po 8 dniach stania na lodzie. K.

Hofstätter. **O mnogich brodawkach sutkowych i pachowych gruczołach mlecznych.** (Münch. med. Woch.

1910, Nr 44). Mnogie brodawki sutkowe nie są zjawiskiem zbyt rzadkiem. Podług Bardelebena występują one częściej u mężczyzn (w 9·1%), niż u kobiet (4·8%). Brodawka nadliczbowa naturalnie niezawsze jest wybitnie zaznaczona. Kayser twierdzi, że nieprawidłowość tę spotyka się specyalnie u Słowian (?), a Iwais dowodzi, że zwykle kobiety mające nadliczbowe sutki, rodzą też bliźniaki lub i trojaki. Hugh zwraca uwagę na dziedziczność tej nieprawidłowości. U mężczyzn nieraz zdarzają się zmiany w owłosieniu, mianowicie t. zw. »rozbieżny wir włosów«, jako »równoważnik« brodawki. H. spostrzegał w ostatnich czasach 49 przypadków tej nieprawidłowości. Związku nadliczbowych brodawek z ciążami mnogiemi nie stwierdził. Podług Bardelebena i Ammona wydarzać się ma nieprawidłowość ta częściej po stronie lewej, czego H. także nie stwierdził, natomiast zgodnie z innymi wykazał, że dodatkowe brodawki występują zwykle poniżej brodawki prawidłowej i bliżej linii środkowej. Zwykle nie spotyka się pod brodawką tkanki gruczołowej. Pigmentacya brodawki dodatkowej zwykle jest jaśniejsza od głównej. Co do ilości brodawek, to Neugebauer spostrzegał nawet 10. Hugh spostrzegał (i autor także) podwójną brodawkę w prawidłowej otoczce. Sporna jest sprawa co do przyrody t. zw. gruczołów mlecznych pachowych. Jedni uważają je za gruczoły mleczne, inni za powiększone nadmiernie gruczoły potowe lub łojowe. Niewątpliwie istnieją przypadki typowych gruczołów mlecznych pod pachą. Zwykle znajdują się one na przednim brzegu pachy i mięśnia piersiowego. Trzy podobne przypadki spostrzegał autor. Natomiast wiadomo także, na co zwrócił uwagę Seitz, że często w ciąży powiększają się, nieraz bardzo znacznie, pod pachą gruczoły chłonne lub gruczoły potowe, a w gruczołach potowych nieraz tworzą się przytem ropnie. Obrzęki te są zwykle bardzo bolesne. Gruczoły te mogą wydzielać nawet wydzielinę podobną do mleka. Duval spostrzegał podobne obrzmienia i na plecach. Podobnych gruczołów pachowych spostrzegał autor 5 przypadków. Guzy te są czasem liczne (5—6) i leżą jeden za drugim. W ostatnich czasach opisał Knaebel pod pachą guz, który miał zupełnie dobrze wykształconą brodawkę. Niestety gruczoły te nie były jeszcze w żadnym przypadku badane drobnowidowo. K.

Doc. Hirschel. **Kliniczne znaczenie t. zw. choroby Pageta (rakowy wyprysk sutka).** (Münch med. Wochs. 1910, Nr 50). Paget zwrócił swego czasu uwagę, że w następstwie, jak sądził, pewnego rodzaju wyprysków przewlekłych sutka i brodawki, opierających się leczeniu, zjawiają się typowe raki, tworzące przerzuty. Tymczasem nowsze badania wykazują, że Paget mylił się, mianowicie o tyle, że rak wtedy nie jest cierpieniem następowem, lecz przeciwnie pierwotnem, ale ukrytem w głębi sutka, a wyprysk jest już wyrazem docierania raka do powierzchni. Na dowód przytacza autor przypadki z własnego doświadczenia, badane mikroskopowo, gdzie klinicznie rozpoznawano jeszcze tylko wyprysk, a rak istniał już dawno. Oczywiście nie znaczy to, by nie istniały także i pierwotne, samoistne wypryski sutka. Cierpienie to postępuje zwykle dość wolno, tak że zwykle jest dość czasu na dokładne zbadanie przez próbne wycięcie i doszczętną operacyę. Wobec tego nazwa »rak sutka Pageta« o tyle jest niewłaściwą, że Paget sądził, iż rak występuje tu na tle wyprysku, a tymczasem rzecz ma się odwrotnie i dlatego autor proponuje nazwę: rakowy wyprysk sutka. Klęsk.

Kreuzfuchs. **Symptomatologia i częstość wola śródpiersiowego.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 1). Wole śródpiersiowe może czasem sprawiać trudności rozpoznawcze. Jednym z najczęstszych i najstalszych objawów jest trudność oddechu, zwłaszcza po wysiłku fizycznym. Często też przytem spotyka się bicie serca, rzadziej już trudności w połykaniu (na tle odruchu nerwowego, a nie ucisku bezpośredniego). Z objawów rzadszych wspomnieć należy o chrypce (porażenie nerwu zwrotnego) i kaszlu, zwężeniu tchawicy, dalej stłumieniu nad mostkiem, rozszerzeniu żył na szyi i klatce piersiowej, obrzmieniu twarzy, sinicy warg, ew. nierówności tętna i ucisku na splot barkowy (te ostatnie objawy bardzo rzadko występują). Często krtań jest ustawiona nizko. — Utrudnia rozpoznanie, brak wola na szyi. Podług autora prawie $1/3$ chorych na wole ma także wole śródpiersiowe, a w 1·25% występuje ono tylko śródpiersiowo. Badanie promieniami Röntgena wyjaśnia zwykle zaraz całą sprawę. Nieraz wykrywamy promieniami dopiero przypadkowo wole śródpiersiowe, nie dające objawów klinicznych. K.

Marfan i Veau. **Patologia i chirurgia grasicy.** (Ass. franc. de Ped. Paryż. Sierpień). Przyczynami przerostu grasicy są najczęściej kiła i gruźlica, a przerost ten towarzyszy zwykle krzywicy i obrzmieniom innych narządów limfatycznych. Przerost może przebiegać skrycie lub też wywoływać ucisk narządów sąsiednich. Przerost wykazać można zapomocą opukiwania i radyoskopii. — Ucisk odbija się zwykle w pierwszym rzędzie na tchawicy w postaci duszności przewlekłej lub ostrej napadowej. Duszność jest wdechową, kaszel i mowa przytem swobodna. Napady duszności występują przy podnieceniu, wyciąganiu szyi ku tyłowi, we śnie i t. p. Napad trwać może różnie, od kilku minut do kilku godzin. Dzieci takie skłonne są do nieżytów oskrzeli. Zwykle objawy te ustępują same przy końcu drugiego roku życia. Rzadziej ugniata już grasica wielkie naczynia, zwłaszcza żyłę główną; wtedy spotykamy nabrzmienie żył szyjnych, sinicę twarzy, napięcie ciemiączek i t. p. Rozpoznawszy przerost grasicy, najpierw próbować trzeba leczenia rtęciowego, ew. arszeniku, jodu i t. p. Także radyoterapia oddaje pewne usługi, choć u małych dzieci jest właściwie przeciwwskazaną. W przypadkach ciężkich, przy duszności, przystępujemy do wycięcia grasicy (thymectomia), ale tylko wtedy, gdy przekonamy się, że wprowadzenie długiego tubusa poprawia oddech. (Marfan).

Sama operacya przedstawia się dość łatwo, bo grasica oddzielona jest od sąsiedztwa torebką, a rzadko tylko bywa zrośnięta z tchawicą. Zwykle udaje się ją usunąć bez naruszenia mostka i bez większego krwawienia, bo grasica jest bardzo mało unaczyniona. Cięcie środkowe poniżej kości gnykowej aż na mostek, usunięcie m. podgnykowych i usunięcie płatów grasicy podczas wydechu. Veau nie operuje przy duszności przewlekłej, lecz tylko przy napadowej i przy kurczu głośni. Zwykle wyniki są dobre, jeżeli operuje się w przypadkach, zaleconych przez Veau. K.

Seidel. **Wydobywanie ciał obcych z płuc.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 45). Autorowi powiodło się zapomocą dolnej bronchoskopii usunąć z oskrzela gwóźdź, który tkwił tam już lat 5, wywołując objawy, przypominające gruźlicę. Po wyjęciu zupełne i rychłe wyzdrowienie. Przypuszczenie ciała obcego budzą ograniczone zapalenia dolnego prawego płatu z objawami ropnia, a u osób starszych nieraz dziwna senność. U dzieci często szuka się w stolcu »połkniętego« ciała obcego, a tymczasem tkwi ono nieraz bez wybitniejszych objawów w oskrzelach. Nieraz rozjaśnia sprawę dopiero badanie promieniami Röntgena. Wydobycie zapomocą bronchoskopii udaje się zwykle, choć czasem trzeba na to nawet kilku długich posiedzeń. Zawsze jest to postępowanie lepsze, niż szukanie ciała obcego drogą chirurgiczną, które jest dla życia groźne, a bardzo często nie wiedzie do celu. Technika bronchoskopii wobec instrumentaryum, podanego przez Brüninga, jest obecnie łatwa, a prostsza, niż cystoskopia. K.

Higiena.

Langermann. **Badania nad sprawą oczyszczania się samoistnego wody, dokonane na wodzie łaźni publicznej w Giessen.** (Ztschr. f. Hygiene. Tom 64). Zbiornik kąpielowy, używany do pływania, którego wodę badano, bywa dwa razy na tydzień opróżniany. Woda jego o 16—18° C mętnieje w stosunku do ilości osób kąpiących się, w 3-cim

4-tym dniu zawiera małą ilość mydła, wyraźnie większą ilość chlorków oraz amoniaku, natomiast nie zawiera kwasu azotowego. Na 25 badań udało się wykryć w niej tylko 4 razy bakterye okrężnicy. Ilość bakteryi w wielu gatunkach wzrastała regularnie w wodzie basenu w pierwszym i drugim dniu po napełnieniu, malała trzeciego i czwartego dnia; fakt ten potwierdzało badanie prób wody, pobieranych w rozmaitych częściach basenu. Wobec wykluczenia, by objaw ten wywoływało wyczerpywanie się składników odżywczych bakteryi, światło, jak również ruch wody, gdy nadto nie można go było odnieść do wpływu — zbyt małej ilości — mydła, należało przyjąć, że wywołują go zawarte w wodzie pierwotniaki. Rozwój ich pozostawał w stosunku odwrotnym do rozmnażania się bakteryi, t. zn. w pierwszych dwóch dniach po napełnieniu zbiornika było ich bardzo niewiele, natomiast bardzo wiele w osadzie w dniu opróżnienia basenu; pochłaniały one widocznie wielkie ilości bakteryi. Na podstawie spostrzeżeń powyższych przyjmuje autor, że również i przy samoczynnem oczyszczaniu się wody rzecznej biorą udział pierwotniaki. Te same fakta spostrzegał L. również i w wodzie zbiornika do pływania w innej łaźni publicznej we Friedbergu.

Zaznaczyć się godzi, że już w r. 1897 spostrzegał Hesse w zbiornikach kąpieli ludowych znaczną ilość drobnych żyjątek w osadzie, nie przypisywał im jednak żadnego znaczenia. L. Bier.

Klut Hartwig. **Ilościowe oznaczanie żelaza w wodzie.** (Mitteil. a. d. köngl. Prüfungsanstalt f. Wasserversorrung u. Abwasserreinigung T. 12). Do oznaczenia małych ilości żelaza w wodzie zaleca autor metodę kolorymetryczną z rodankiem potasu. W tym celu żarzy suchą pozostałość celem zniszczenia połączeń organicznych, rozpuszcza ją w kwasie solnym, z którego wydziela żelazo amoniakiem, rozpuszczając je ponownie w kwasie solnym, zaprawionym kilkoma kroplami kwasu azotowego. Do oznaczenia większych ilości żelaza w wodzie zaleca metodę miareczkową z nadmanganianem potasowym. L. Bier

Klut Hartwig. **W sprawie pojawiania się amoniaku we wgłębnych wodach żelazistych i zawierających mangan.** (Mitt. d. köngl. Prüfungsanstalt f. Wasserversorgung u. Abwasserreinigung. T. 12). Przechodząc przez wierzchnie warstwy ziemi zabiera z nich woda opadowa azotany i azotyny oraz pochłania kwas węglowy. Stykając się w warstwach głębszych z siarczkiem żelaza, zawarty w wodzie kwas węglowy zamienia żelazo na dwuwęglan żelazowy oraz siarkowodór. Siarkowodór redukuje azotany na azotyny, a w dalszym ciągu azotyny na amoniak, który z kwasem węglowym zamienia się na węglan. Rozumowanie powyższe potwierdziły doświadczenia autora, dokonane z wodą obfitującą w azotany, działającą pod ciśnieniem kwasu węglowego na siarczek żelaza i mangan. W wodzie tej K. H. stale otrzymywał małe ilości amoniaku, którego pochodzenie tłomaczyć można jedynie procesem redukcyjnym z azotanów. Obecność przeto amoniaku w żelazistych wodach wgłębnych niema dla oceny jakości higienicznej wody żadnego znaczenia. (Oczywiście po wyłączeniu dopływów powierzchownych. Przypisek sprawozdawcy). L. Bier.

Grimm. **Wędrowanie bakteryi po ścianach wilgotnych, szczególnie po ścianach rur wodociągowych.** (Mitt. a. d. köngl. Prüfungsanstalt f. Wasserversorgung u. Abwasserreinigung T. 13). Na nowych ścianach metalowych, mosiężnych, cynkowych, ołowianych, oraz po gładkich ścianach szklanych i asfaltowych nie mogą bakterye wędrować do góry, udaje się im to natomiast na starych już używanych rurach ołowianych i żelaznych oraz na nowych rurach kamionkowych, w stopniu mniejszym po ścianach gumowych i drewnianych. Własność ta odegrać może nieraz rolę przy zakażeniu wody do picia, a zarazem powinna dać wskazówkę dla racyonalnej konstrukcyi rur, zwłaszcza zaś ich łączników. L. Bier.

Grimm. **Antyformin jako środek odkażający dla wód ściekowych.** (Mitt. a. d. köngl. Prüfunganstalt f. Wasserversorgung u. Abwasserreinigung T. 13). Dodatek 0,50% antyforminu do nieoczyszczonej miejskiej wody ściekowej odkaża ją w ciągu dwóch godzin; wobec wody ściekowej czyszczonej w przyrządzie Kremera wystarczy dodatek dziesięciokrotnie mniejszy. W wypadku pierwszym koszt odkażania 1 m^3 wody ściekowej wynosi kor. 6,60, w drugim wypadku 66 hal., jest zatem zbyt wysoki, zwłaszcza przy porównaniu z odkażeniem za pomocą podchlorynu wapniowego (koszt pięciokrotnie mniejszy). L. Bier.

Klut Hartwig. **Wpływ wody na rury wodociągowe zwłaszcza ołowiane.** (Mitt. a. d. köngl. Prüfungsanstalt f. Wasserversorgung u. Abwasserreinigung. T. 13). Każda woda tak miękka, jak twarda, kwaśna jak i alkaliczna zawierająca powietrze, rozpuszcza ołów świeżych rur ołowianych, dzieje się to zaś w stopniu wyższym, gdy woda zawiera większą ilość chlorków, azotanów i wolnego kwasu węglowego. Ilość ołowiu, rozpuszczonego z nowych rur ołowianych, jest dosyć znaczna i nie ma właściwie dla rur ochrony przeciwdziałającej działaniu nadżerającemu wody. Woda w ruchu będąca nie rozpuszcza ołowiu w tej ilości, w której dałoby się go stwierdzić, natomiast rozpuszcza go woda stojąca w rurze; stąd zaś płynie wskazanie, by wodę, zalegającą w rurze czas dłuższy, wypuszczać bez użytku. Wody działające wobec kwasu rosolowego alkalicznie i posiadające twardość całkowitą powyżej 7 stopni niem. nadżerają tylko początkowo rury, później rozpuszczalność ołowiu w tych wodach zwolna maleje i to tak dalece, że z chwilą wytworzenia się na wewnętrznej powierzchni rury warstwy ochronnej rozpuszczalność ta nie odgrywa żadnej roli. Metoda Rużiczki oznaczania rozpuszczalności ołowiu w wodzie nie da się zastosować wobec wód wodociągowych, zawierających zawsze powietrze, odnosi się bowiem do wód odpowietrzonych. Już ze składników chemicznych wody można dostatecznie pewnie ocenić, czy woda jakaś wytworzy na powierzchni rur ołowianych warstwę ochronną.

L. Bier.

Eckhardt. **Przyczynek do zatrucia cyną.** (Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrgs. u. Genussmittel. Tom 18. Z. 3). Pies, który spożył ser śmietankowy wraz ze staniolą cynową, zdechł wśród wymiotów, biegunki i objawów porażenia, a w jego wątrobie znaleziono prócz śladów ołowiu znaczniejsze ilości cyny. Dało to powód do doświadczeń. Króliki, którym podano kilkakrotnie sole cynowe, chlorek cynawy, winian i octan cynowy, padały ze zmianami przewlekłego nieżytu żołądka, miąższowego zwyrodnienia wątroby, nerek i serca, przyczem chlorek działał na błonę śluzową żołądka więcej drażniąco od związków organicznych. Kał zawierał dosyć wiele cyny, mocz obok białka rzadko ją zawierał. Przed śmiercią występowały u zwierząt nieraz objawy porażne. Prócz w żołądku, zawierającym większe ilości cyny, zawierały ją w ilości większej 0.0019—0009 gr. nerki i wątroba. W warstwie zewnętrznej dwóch gatunków serów śmietankowych, Neufchatel i Camembert, świeżych i dosyć twardych, znalazł E. 0,0013 do 0,0045 gr. cyny na 1 kg. 0,139—0,319 gr. Resztki tegoż sera, zawinięte ponownie w staniolę i przechowane przez 10 dni przy 30° C., zawierały 0,048—0,095 gr. cyny, na 1 kg. 0,828—2,159 gr. Staniola była mocno nadżarta, a w miejscach zetknięcia z serem zczerniała, ser na brzegach ciemniejszy, niżeli w środku, zabarwiony na szarawo Przy dojrzewaniu sera przechodzi przeto do niego ze stanioli nieco cyny. Niemożna jednak napewno twierdzić, by cyna ta miała szkodliwie oddziaływać na zdrowie, w każdym jednak razie jest rzeczą wskazaną usuwać ze sera przed spożywaniem części jego zewnętrzne, zwłaszcza zabarwione szarawo. L. Bier.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Cykloform poleca Wyss przy bolesnych cierpieniach kiszki stolcowej w czopkach po 0.3, lub jako 20% maść. (Arch. f. Verdauungskr. 16. IV.). A.

Przy uśpieniu ogólnem są podług Gräfenberga bardzo pomocne podskórne wstrzykiwania 2% jałowego pantoponu i to po 0,02 t. j. 1 cm³ kupnego rozczynu) na $1^1/_2$ i $^1/_2$ godziny przed rozpoczęciem uśpienia. Takie wstrzykiwania oddają także cenne usługi przy porodzie. (Deutsche med. Wochs. Nr 34). A.

Do cucenia n. p. w narkozach, zatruciach i t. p. poleca Levi z Florencyi mieszaninę gazów: 15 (do 30%) CO_2 i 85 (70%) tlenu. (Wiener klin. ther. Wochs. Nr 40, 1910). A.

Włosie końskie jako materyał do szwu poleca Schizinger. Używa on od wielu lat nitek długich, które odczyszcza w sodzie, a potem pozostawia po 6 godzin w 5% karbolu i alkoholu i przechowuje na sucho. (Münch. med. Wochs. Nr 50). A.

Opaski z cienkiego przetykanego drutem materyału, dające się w jednej chwili ogrzewać elektrycznością aż do 80°, a więc znakomicie działające jako gorące okłady, podał Jahr. (Deutsche med. Wochs. Nr 51, 1910). A.

Przy przetokach gruźliczych poleca Blos uzyskiwany z balsamu peruwiańskiego ester allylowy kwasu cynamonowego. Jest to płyn jasny, o aromatycznej woni; używa się go w bardzo małej ilości. Z początku wywołuje on silny odczyn. (Deutsche med. Wochs. Nr 50). A.

Podwójny wyciąg przy złamaniach kości, łatwy do wykonania, podał Heermann. Składa się on z dwóch tutorów gipsowych, założonych powyżej i poniżej złamania. Do nich wkręca się dwie szyny i ustala je pod kontrolą promieni Röntgena, a na nich naciąga plastry, założone na ciało pod tutorami. (Deutsche med. Wochs. Nr 50). K.

Przy wrodzonych zwichnięciach stawu biodrowego nie zakłada Röpke w razie dobrego ustawienia główki po głównym opatrunku żadnych następnych, lecz pozostawia dzieci w łóżku własnemu losowi; po 4—6 tygodniach ruchy w stawie pojawiają się same przez się. (Tow. lek. Jena, 23. II. 1910). A.

W miejsce zwykłego wypuszczania lub aspiracyi wysięków opłucnych poleca Holmgren ze Stockholmu założenie dwóch otworów do jamy opłucnej i wypędzanie płynu zapomocą wpędzania gazu do opłucnej. H. wyraża zdanie, że należy zawsze doszczętnie i skrupulatnie usuwać wysięk, a nie zostawiać reszty w nadziei samoistnego wessania, albowiem przez to tworzą się zrosty i t. d. (Mitt. a. d. Grenzgeb. T. 22. II.). K.

W białaczce w jednym przypadku osiągnięto dobry wynik przez leczenie promieniami Röntgena i następowe wycięcie śledziony. Donosząc o tem, zwraca Ziegler uwagę, że dotąd prawie zawsze przy białaczce usunięcie śledziony pociągało za sobą złe skutki. (Tow. lek. Wrocław, 1. III. 1910). A.

Wyleczenie radem mięsaka pęcherza moczowego w 21 posiedzeniach 20-minutowych przez naświetlanie wnętrza od przetoki operacyjnej uzyskali Paschkis i Tittinger. (Wiener klin. Wochs. Nr 48). A.

Przy niemożności zatrzymania moczu u dzieci poleca Wiliams próbować podawać wyciąg z gruczołu tarczowego. (Lancet 1. V. 1909). A.

Do plastyki opony twardej poleca Saar powięź, okostnę lub otrzewnę, najlepiej z tego samego osobnika, ewentualnie (już mniej pewnie) z obcych tkanek, błonkę jaja, ściany naczyń, lub pęcherz rybi (kondom). (Beitr. Bruns. 69. III.). K.

Irygator z czterema zapasowemi flaszkami, dozwalający na dowolne wytwarzanie różnych rozczynów czterech różnych płynów, podał Strauss. Irygator ten nadaje się zwłaszcza dla chirurga, urologa i ginekologa, i oszczędza wydatku na 4 osobne irygatory. (Deutsche med. Wochs. Nr 50). A.

Syphilis-Mikrodiagnostikum podług Engla pozwala wykonać dogodnie odczyn Wassermanna z 10 razy mniejszą ilością płynu. Wystarcza 10 kropli krwi, a komplement uzyskuje się z ucha świnki morskiej. (Cena 40 marek).

W początkach zaćmy starczej poleca Katz zakraplania 5—10% jodku sodu do worka spojówkowego. (Wiener klin. ther. Wochs. Nr 36—37, 1910). A.

W początku napadu dychawicy oskrzelowej poleca Goldschmidt zażyć 1—2 proszków: »Rp. Cofein. valerianic. 0,25. Theobrobin. natr-salicyl. 0,5. Mfp.«. (Münch. med. Wochs. Nr 43). A.

Powstawanie wola przez picie wody odnosi Ebbell na podstawie swych badań jedynie do obecności w wodzie radu. Woda taka traci już tę właściwość, jeżeli dłużej stoi na powietrzu, lub zostanie przeprowadzona przez wodociągi. (Norsk. Mag. f. Laeg. Nr 11). A.

Choroby umysłowe u wychodźców do Ameryki. Na IV. międzynarodowym Zjeździe opieki nad umysłowo-chorymi w Berlinie zwrócił Weygandt z Hamburga uwagę, że zakład dla umysłowo-chorych Friedrichsberg w Hamburgu przyjmuje rocznie przeszło 100 umysłowo-chorych wychodźców, i to głównie pochodzących z Galicyi, Rosyi i Węgier. Przeważa otępienie przedwczesne (mania wędrowania). X.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

XII ogólne posiedzenie naukowo-administracyjne w d. 7 (20) maja 1910 r.

Obecnych członków — 30, gości 10. Przewodniczący prezes Prof. O. Czeczott.

Prezes otwierając posiedzenie, zaznacza, iż społeczeństwo polskie poniosło wielką stratę, albowiem zmarła d. 5 (18) maja w Grodnie Eliza Orzeszkowa, i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłej przez powstanie.

I. Prof. Dr St. Zaleski wygłosił rzecz p. t.: **O promieniotwórczości wód mineralnych** (z pokazami przyrządów).

W krótkim zarysie przedwstępnym zapoznał prelegent słuchaczów ze stopniowym rozwojem nauki o promieniotwórczości i ciałach promieniotwórczych z ogólnego stanowiska tego działu wiedzy, wskazawszy na główne fazy ewolucyjne, począwszy od odkrycia zjawisk promieniotwórczych i samego radu, charakteryzując promienie α, β, γ, przechodząc następnie do własności tego pierwiastka, zarówno fizyko-chemicznych, jak i fizyologicznych, metodyki jego otrzymywania i ilościowego oznaczenia, produktów rozkładu emanacyi radowej i do wytwarzania się helu z radu i wreszcie dał pojęcie o polonie i produktach toru i aktynu. Zdaniem mówcy, niepoddające się dziś jeszcze ocenie zasługi w sprawie odkrycia materyi promieniotwórczej położył H. Becquerel, gdyż on to właściwie zapoczątkował tę sprawę i za jego sprawą badacze również niespożytej sławy, jak przedwcześnie zmarły Piotr Curie i Jego znakomita, na świat cały głośna małżonka, a rodaczka nasza pani Marya Skłodowska-Curie, doszli do odkrycia radu, jego emanacyi i innych ciał promieniotwórczych, otwierając nowe pole dla badań w tym kierunku takich genialnych spółczesnych uczonych, jak przedewszystkiem angielscy fizycy i chemicy I. I. Thomson, E. Rutherford, Sir W. Ramsay, Fr. Soddy i in.; wszyscy oni wspólnemi siłami odkryli dziś dla wie-

dzy spółczesnej w ciągu niespełna lat dwudziestu nowe zupełnie widnokręgi i nową dziedzinę badań. Złożywszy gorący hołd zasługom małżonków Curie i szkole, którą oni stworzyli (Debièrne, Daune, Laborde, poczęści nasz rodak Danysz i w. in.), prof. Zaleski zwrócił uwagę słuchaczy na praktyczne zastosowanie materyi promieniotwórczych w technice i w medycynie, zatrzymawszy się przedtem szczegółowiej nad bardzo szerokiem, jak wykazały obecne badania, rozpowszechnieniem radu w przyrodzie i wyłożył wreszcie współczesne dane co do zawartości radu i innych ciał promieniotwórczych w otaczającej nas atmosferze, hydrosferze i litosferze, skupiwszy szczególną uwagę na wody mineralne i t. zw. szlamy i torfy lecznicze. Prelegent podkreślił doniosłość faktu, że szczególniej cieplice i przytem stosunkowo słabo mineralizowane i zaliczające się do kategoryi t. zw. obojętnych, zawierają stosunkowo największą ilość materyi promieniotwórczych. Atmosfera takich zdrojowisk jest szczególnie przesiąknięta emanacyą, która niekiedy w wielkiej ilości zawiera się w wolnych gazach, wydobywających się ze źródeł na zewnątrz. Należałoby bezzwłocznie, zdaniem prelegenta, przystąpić do szczegółowego i systematycznego zbadania zdrojowisk polskich w tym kierunku. Na konieczność włączenia systematycznego badania atmosfery co do jonizujących jej własności w każdej z większych stacyi meteorologicznych i w każdem z wybitniejszych zdrojowisk i stacyi klimatycznych miał prelegent sposobność wskazać jeszcze w roku ubiegłym, podczas Zjazdu meteorologicznego, który się odbył w Petersburgu przy Akademii nauk i pod jej patronatem.

Dalej zapoznał prelegent obecnych z metodami oznaczania promieniotwórczości zarówno w atmosferze i gazach, jak i w wodzie na odpowiednich, na posiedzenie sprowadzonych przyrządach. W porównawczej charakterystyce tych przyrządów, przedstawionych słuchaczom, oddał prelegent pierwszeństwo przyrządowi głośnego paryskiego radyologa p. J. Daune'a, redaktora czasopisma »Le Radium«. Przyrząd ten, wykonany przez firmę J. Thurneysseu (dawny Alverniat), tę ma przewagę nad innymi, więcej może rozpowszechnionymi, dzięki swej taniości, jak np. fontaktoskop C. Englera i H. Sievebinga (firma Güntzer i Tegetmeyer z Braunschweig), że jest nietylko bardzo dogodny i przenośny, lecz że przytem daje bardzo ścisłe, nie techniczne, ale naukowe wyniki, dające możność określenia także bardzo niewielkich ilości materyi promieniotwórczych. Mówiąc o polskiej literaturze przedmiotu, prelegent wskazał, że obok polskiego tłomaczenia klasycznej rozprawy pani Maryi Skłodowskiej-Curie p. t.: »Badania nad ciałami promieniotwórczemi« i obok popularnej broszurki p. Wacława Muttermilcha, wydanej w 1904 r. w Warszawie, istnieje bardzo poważny »Zarys nauki o promieniotwórczości«, wydany w Krakowie 1909 r. p. t.: »Ewolucya materyi« przez prof. dra Ludwika Brunnera i stanowiący szereg wykładów, wygłoszonych przez niego dla słuchaczów Wydziału przyrodniczego na Wszechnicy Jagiellońskiej.

Wykład swój zakończył prelegent przytoczeniem wyników swych własnych badań nad gazami i wodą z obu źródeł Borżomskich, Katarzyny i Eugeniusza, znajdujących się w gub. Tyfliskiej, na Kaukazie. Oba te głośne na całą Rosyę źródła, znane dziś już i zagranicą, należą do grupy ciepłych wód mineralnych typowo szczawowych (alkalicznych), silnie przesyconych kwasem węglowym i co do składu swojego są zupełnie analogiczne, niemal identyczne z wodami Vichy (Grand-Grille). Zarówno woda, jak i gazy tak jednego, jak i drugiego źródła okazały się promieniotwórczymi i promieniotwórczość ta wyraża się dla 100 cm. sześć. wziętych bezpośrednio ze źródła gazów w miligramach-minutach cyframi: 0,000029 dla źródła Eugeniusza i 0,000024 dla źródła Katarzyny. Mówca wskazał na konieczność ujednostajnienia sposobu obrachowywania i wyrażania promieniotwórczości w cyfrach, do czego doprowadzić może tylko międzynarodowe porozumienie się specyalistów w tym względzie. Sprawa ta została poruszona na ostatnim tegorocznym międzynarodowym Zjeździe fizyoterapii w Paryżu, a prelegent został obrany przez ten Zjazd dla wzięcia udziału w pracach komisyi z 4 członków, pod przewodnictwem Prof. Dra Bardet, która wypracowała projekt odpowiedniej uchwały, przyjętej następnie na ogólnem Zgromadzeniu Zjazdu. Postanowiono, aby uchwałę tę wnieść na obrady I. Zjazdu radyologicznego, mającego się odbyć w Brukseli *). (Streszczenie własne).

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za zajmujący i pouczający odczyt.

II. Inż. Peretiatkowicz wygłosił rzecz p. t.: **O planowaniu miast.**

W dyskusyi zapytuje Prof. Zaleski prelegenta, czy byłoby możliwem podziemne budowanie miast i ulic, na co otrzymuje twierdzącą odpowiedź wraz z odpowiedniemi wyjaśnieniami. Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie prelegentowi za zajmujący i treściwy odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Uchwalono, iż na przyszły rok piątki nadal będą dniami posiedzeń dla wszystkich wydziałów. 2) Komitety doradcze przy wszystkich wydziałach uznano za pożyteczne. 3) Wyrażono podziękowanie przedstawicielom »Związku« na XI Zjeździe im. Pirogowa: Prof. Zaleskiemu i inż. jenerał. Kątkowskiemu. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż 6, 7, 8 października r. b. odbędzie się w Warszawie Zjazd chirurgów polskich. Uproszono Prof. Ziemackiego, aby reprezentował »Związek« na owym Zjeździe. 5) Inż. Kotarski podaje do wiadomości, iż 23 maja odbędzie się wycieczka w celu oględzin mostu Ochcieńskiego i proponuje dla członków »Związku« bilety wejścia. 6) Prof. Zaleski zaznacza, iż Dr. Wanda Chmielewska ordynuje w Ciechocinku, więc należałoby ją poprzeć, jako członka »Związku«. Również przypomina mowca o polskich miejscach leczniczych, Birsztanach i Druskienikach. 7) Prezes podaje do wiadomości, iż na Kasę wdów i sierot zebrano 25 rb.; do tej kwoty Prof. Zaleski dodaje jeszcze 5 rb. 8) Uproszono inż. Berkiewicza, który ma zamiar udać się na uroczystości Grunwaldzkie, by był na nich przedstawicielem »Związku«.

Sekretarz: Doc. Dr Sowiński.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W sekcyi medycyny wewnętrzej wspólnej z neurologią, pedyatryą i dermatologią z syfilidologią, zgłoszono dotychczas 17 tematów z najważniejszych i najwięcej interesujących zagadnień z powyższych gałęzi nauk.

W Poznaniu zawiązały się z ramienia »Towarzystwa przyjaciół nauk« miejscowe komitety, lekarski i przyrodniczy, pracujące w ścisłem porozumieniu ze sobą.

I. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Komitet organizacyjny Zjazdu wydał i rozesłał opracowany przez Dra Dobruckiego »Kwestyonaryusz w sprawie stanu oddziałów chirurgicznych szpitali prowincyonalnych«, który ma dostarczyć materyału do jednego z tematów obrad Zjazdu. Kwestyonaryusz ten obejmuje następujące szczegóły:

Szpital (nazwa, miejscowość). Łóżek etatowych? faktycznie?

A. Oddział chirurgiczny. Czy jest osobny oddział chirurgiczny? Na ile łóżek? W ilu salach? Czy przypadki aseptyczne i ropne są segregowane? Sala operacyjna jedna? (Jeżeli więcej, to według jakiej zasady dzieli się chorych?). Gdzie zmienia się opatrunki? Sala operacyjna (ogrzewanie, oświetlenie dzienne

*) Zjazd ten odbył się jesienią r. b. i powziął odpowiednie uchwały. Jednostkę, wyrażającą stopień promieniotwórczości, na cześć małżonków Curie postanowiono nazwać mianem »Mili-Curie«.

i nocne, podłoga, sufit, ściany, kanalizacya, wodociąg, umywalki)? Sterylizacya (materyałów opatrunkowych, bielizny chirurgicznej, narzędzi)? Mycie rąk? Mycie chorego przed operacyą? Czy używa się rękawiczek? jakich? i w jakich przypadkach? Ilość operacyi w 1910 r.? Szczegóły co do następujących przedmiotów: Herniotomia, tracheotomia, intubatio, ileus, graviditas extrauterina, thoracotomia, fracturae, luxationes, (sectio caesarea). Personel: lekarzy w szpitalu? sióstr miłosierdzia: Szarytek? Czerwonego krzyża? felczerów? akuszerek? niższej służby (na salach: męskiej, kobiecej)? Ilu lekarzy na oddziale chirurgicznym? Jaki podział pracy, asysty? Jakiego środka używa się do usypiania? Czy stale jeden lekarz prowadzi narkozę? Czy operuje się przy znieczuleniu: miejscowem (jaką metodą), lędźwiowem (jaki środek)? Kto zarządza sterylizacyą? Kto podaje narzędzia? Jakie środki antyseptyczne są stosowane? (Uprasza się o szczegółową odpowiedź). Czy jest stała roczna suma na nowe narzędzia chirurgiczne? Jaka płaca personelu lekarskiego? Czy jest Röntgen? Czy jest laboratoryum rozbiorowe (i w jakim zakresie)?

B. Oddział położniczy. Czy jest oddział położniczy? Na ile łóżek? Oddzielna sala dla odbywania porodu? Oddzielne sale dla położnic: aseptycznych? septycznych? Czy są przyjmowane osoby oczekujące porodu? Ilość porodów w 1910 r.: normalnych, obrotów, kleszczy, perforacyi, sectio caesarea. Inne zabiegi? Czy się dokonywa operacyi ginekologicznych? Jakich? Czy jest stała akuszerka? Ile przypadków zakażenia połogowego: przybyło z miasta, powstało w szpitalu?

Kwestyonaryusze wypełnione Sz. Koledzy zechcą łaskawie przesyłać wprost do kolegi Dr Stanisława Dobruckiego do Lublina — przed dniem 15. lutego r. b.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w dniu 21. I. 1911 we Lwowie następującemi sprawami: posady docentów higieny w seminaryum nauczycielskiem w Białej, Nowym Sączu i Brzeżanach, Dom samarytański pp. Ekonomek w Krakowie, prywatny zakład dla rodzących we Lwowie, prywatny grobowiec w Twierdzy, taksa szpitalna w Husiatynie, sprawa zwalczania gruźlicy.

— W budżecie austryackim na r. 1911 przeznaczono dla Wydziału lekarskiego w Krakowie 762.370 k., we Lwowie 479.400, jako wydatki zwyczajne. W porównaniu z rokiem zeszłym przeznaczono dla Lwowa więcej o 15.692 k., dla Krakowa więcej o 116.025 k., (w czem 80.000 k. na koszta utrzymania nowo zbudowanej kliniki psychiatryczno-neurologicznej). Jak w latach poprzednich, tak i w tegorocznym budżecie jest Wydział niemiecki w Pradze szczególnie uprzywilejowany (pomimo małej liczby słuchaczy jest dotowany najlepiej po Wydziale wiedeńskim, gdy Wydział czeski pomimo wielkiej frekwencyi stoi co do wydatków dopiero na czwartem miejscu). Wydatki na Wydział w Krakowie zajmą w tym roku w budżecie zwyczajnym trzecie miejsce, natomiast niestosunkowo daleko znajduje się Wydział lwowski, bo dopiero na szóstem miejscu, choć ze względu na frekwencyę i znaczenie powinienby być uposażony znacznie lepiej. Uderzające jest upośledzenie obu naszych uniwersytetów co do liczby płatnych profesorów nadzwyczajnych i asystentów w porównaniu z oboma Wydziałami w Pradze, które mają razem 25 profesorów nadzw. i 85 asystentów, gdy oba nasze Wydziały mają razem tylko 11 profesorów nadzw. (8 w Krakowie, 3 we Lwowie) i 72 asystentów. Prócz tego jest w Pradze 6 adjunktów, resp. preparatorów lub mechaników, gdy w Galicyi jest tylko jeden mechanik w Krakowie, a preparatorów ani adjunktów niema wcale. — W wydatkach nadzwyczajnych przeznaczono dla Krakowa 36,900 kor., dla Lwowa tylko 9000 k.

— Otrzymujemy następujące zawiadomienie: »Na posiedzeniu odbytem w dniu 9. grudnia r. b., Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności w Krakowie uchwalił: z początkiem roku 1911 podwyższyć do 150 liczbę dotychczasową stu egzemplarzy odbitek, dostarczanych bezpłatnie pp. Autorom prac, które ukazują się w seryi bądź A, bądź B, Buletynu (Bulletin International) Wydziału. Postanowieniem tem Wydział matem.-przyrodniczy pragnął pp. Autorom możliwie najbardziej ułatwić rozpowszechnianie wyników ich badań, drogą rozsyłania odbitek, zarówno pojedyczym uczonym i badaczom, jak również Pracowniom i Laboratoryom, Obserwatoryom i Stacyom, Muzeom, specyalnym Towarzystwom, Bibliotekom, Redakcyom Czasopism naukowych specyalnych, zwłaszcza sprawozdawczych i referatowych, oraz wszelkim wogóle Zakładom i Instytucyom, poświęconym uprawie, pielęgnowaniu i rozpowszechnianiu Nauk, w których zakresie leży przedmiot danej rozprawy. Wydział mat.-przyrodniczy ponowił jednocześnie dawniejszą swoją uchwałę, której mocą pp. Autorom prac, drukowanych w »Buletynie« Wydziału, przysługuje zupełna swoboda przeznaczania i oddawania do handlu księgarskiego odbitek, które otrzymują, w liczbie, jaką uważają za właściwą, na zasadzie własnego ich porozumienia z Księgarniami lub Antykwaryatami.

Dyrektor Wydziału mat.-przyr. Ed. Janczewski.
Sekretarz Wydziału mat.-przyr. Wład. Natanson«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. I. do 21. I. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 20 † 2 (w tem obcych 7 † 1), krztuśca 16, ospy wietrznej 1, płonicy 10 † — (3 † —), odry 21, duru brzusznego 1 † — (1 † —), nagm. zapalenia opon 1 † 1 1 † 1, róży 4 † 3 (2 † 2). Dr Janiszewski.

Wilno. Na ostatniem zebraniu techników wileńskich, za inicyatywą inżyniera Baniewicza postanowiono wybrać komisyę do zebrania danych, dotyczących rozplanowania lepiej urządzonych miast europejskich, tudzież do rozważenia finansowej i prawnej strony tej sprawy, a to w celu racyonalnego opracowania planu »Wielkiego Wilna« z przyłączeniem gmin podmiejskich.

Z różnych stron. Liczba dzieł i czasopism treści lekarskiej, wydanych w Niemczech w r. 1909, dochodzi 1904 (o 119 więcej, niż w r. 1908) i stanowi 6·13% całej produkcyi piśmienniczej niemieckiej z tego roku. Wśród tego było 38 dzieł tłómaczonych z obcych języków, (jednakże do tłómaczeń zaliczono tylko te dzieła, gdzie to wyraźnie w tytule podano; dzieła cudzoziemców, wydane po niemiecku bez tego zastrzeżenia, zaliczono do niemieckich dzieł oryginalnych). Z tych 38 tłómaczeń przypada 11 na francuskie, 10 na angielskie, po 3 na duńskie, włoskie i rosyjskie, po 2 na norweskie, holenderskie i polskie (jedno z zakresu spraw sanitarnych, jedno z medycyny popularnej), wreszcie jedno ze szwedzkiego i jedno z arabskiego.

— W Niemczech powstało »Towarzystwo popierania nauk im. cesarza Wilhelma«, na którego cele zebrano w krótkim bardzo czasie 11 milionów marek kapitału zakładowego.

— Dr hr. v. Linden, tytularna profesorka i pierwsza asystentka zakładu higienicznego w Bonn, nie została przez ministra oświaty dopuszczona do docentury pomimo jednomyślnej uchwały Wydziału lekarskiego.

— Jak już donosiliśmy, została budowa »Domu lekarskiego« (Ärztl. Erholungsheim) w Marienbadzie ukończona. Komitet »Domu« zawiadamia nas obecnie, że zakład będzie oddany do użytku w ciągu najbliższego lata. Komitet poleca sprawę dalszej ofiarności kolegów i zaprasza do przystępowania do »Towarzystwa budowy i utrzymania domu lekarskiego w Marienbadzie«.

— W Antwerpii odbędzie się od września do listopada 1911 międzynarodowa wystawa środków spożywczych i napojów, obejmująca sekcyę higieniczną i lekarsko-farmaceutyczną. Wystawa odbędzie się w gmachu wystawowym na Meeirplats za staraniem Towarzystwa »Antwerpen-Vooroit« pod protektoratem księżniczki Flandryi i P. J. Devos, prezydenta miasta.

Mianowani: internista Prof. Matthes z Kolonii profesorem w Marburgu.

Zmarli: internista emer. Prof. Mosler w Greifswald; fizyolog Prof. Nagel w Rostocku; histolog Prof. Smirnow w Tomsku.

Dr Józef Kalman, lekarz miejski w Korolówce, dawniej lekarz praktykujący w Rzeszowie.

Redakcya otrzymała: E. Godlewski iun.: 1) Plasma und Kernsubstanz im Epithelgewebe bei der Regeneration der Amphibien. »Archiv für Entwicklungsmech«. 1910. 2) Über den Einfluss des Spermas der Annelide Chaetopterus auf die Echinideneier etc. »Bull. Acad. des Sc.« Kraków 1910. — 1) Radwańska: Zależność czynności mięśni i nerwów od nadnerczy. »Akad. Umiej.« Kraków 1910. 2) O leczeniu upławów w przebiegu przewlekłego nieżytu szyi macicy. Kraków 1910. — Radliński: 1) Leczenie operacyjne rozedmy płuc. 2) O odmianie sposobu Kadera doszczętnej operacyi przepukliny udowej. Kraków 1910. — Hornowski i Rudzki: Sur la sclerose tubéreuse cérébrale. »L'Encephale 1910«. — Janowski: 1) La grafica dell' atrio sinistro. »Riforma med.« 1910. — 2) Sur la courbe de l'oreillette gauche du coeur. »Revue de med.« 1910. — Fr. Chłapowski: 1) O metodzie leczniczego szczepienia w chorobach zakaźnych wedle A. Wrighta. »Tyg. lek.« 2) O powstawaniu i łagodzeniu napadów stenokardyi. »Prace Zjazdu neurologów« 1910. 3) Uber die Wirkung des Magnesiumoxyds und Hyperoxyds bei stenokardischen Anfällen. »Med. Klinik« 1910.

Sprostowanie. W pracy Prof. Dr Witolda Orłowskiego «Przyczynek do nauki o polycythaemia rubra« w »Przegladzie lekarskim« 1911 r. Nr 1. należy poprawić: Na str. 3. szp. 2, wiersz 22 od góry zamiast »mm« — »mm³«; str. 3, szp. 2, w. 31 od góry zamiast »64,3%« — »74,3%«: str. 3, w tablicy, zamiast »herbaty 500 cm« — »herbaty 5000 cm«; str. 4, szp. 1, w. 28 i 49 od góry zam. »mm« — »mm³«; str. 4, szp. 2, w tablicy, zam. »mięsa 1400« — »mięsa 1700«, zam. »mleka 2400« — »mleka 2700«, zam. »43« (ilość N w chlebie) — »33« i zam. »1700» (dobowa ilość moczu) — »1720«; str. 5, szp. 2, w. 2 od dołu po słowie »wynosił« dodać »1,072 (najwyższa liczba u zdrowych osobników stanowi); str. 5, szp. 1, w. 23 od góry zam. »315,8« — «319,8«; str. 6, szp. 1, w. 31 od dołu zam. »się« — »ją«

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Sekcyi czortkowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w sobotę d. 4. lutego 1911** o godz. 3 w szpitalu powszechnym w Czortkowie. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu ostatniego posiedzenia. 2) Zwiedzenie szpitala powszechnego i demonstracya chorych. 3) Sprawozdanie z czynności Sekcyi w r. 1910. 4) Wybór Biura Sekcyi i delegatów na tegoroczne Walne Zgromadzenie. 5) Wnioski.

O liczny współudział kolegów prosimy.

Biuro Sekcyi czortkowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.
Sekretarz: Dr Blaustein. Przewodniczący: Dr Wągrowski.